

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE
L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 25 Janvier 1890

PAR

PAUL-MARIE-ANATOLE CUVILLIER

Né le 3 Juillet 1866, à Blesme (Marne)

INTERNE DES HOPITAUX

Médecin Stagiaire au Val-de-Grâce.

Examineurs : { MM. A. HERRGOTT, *président*.
GROSS, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

1890



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0019

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE
L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 25 Janvier 1890

PAR

PAUL-MARIE-ANATOLE CUVILLIER

Né le 3 Juillet 1866, à Blesme (Marne)

INTERNE DES HOPITAUX

Médecin Stagiaire au Val-de-Grâce.

Examineurs : { MM. A. HERRGOTT, *président*.
GROSS, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C*, I O, TOURDES, O*, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C*, I O, TOURDES, O*, I O,
COZE *, I O, V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O,
DEMANGE *, I O, BÉCHET. I O.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiq..	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche-ments.	M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
Médecine légale.	M. E. PARISOT, A O, profes. adjoint.
Histoire naturelle médicale.	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histologie.	M. MACÉ, A O, professeur.
Anatomie descriptive.	M. BARABAN, A O, agrégé, ch. du cours.
Matière médicale et Thérapeutique..	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
	M. SCHMITT, A O, chargé du cours.

COURS ANNEXES.

Clinique des maladies mentales.	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. SCHMITT, A O agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. RENÉ. A O.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	NICOLAS.	REMY.
BARABAN, A O.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
GUÉRIN.		

AGRÉGÉ LIBRE : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

A MES MAÎTRES EN CLINIQUE

MM. LES PROFESSEURS GROSS & P. SPILLMANN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUTRIN

A MES CHEFS DE L'HOPITAL MILITAIRE

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de l'endométrite chronique pénètre chaque jour davantage dans le domaine de la thérapeutique utérine : ces dernières années, en Amérique, en Allemagne, en Angleterre, etc., nombre de travaux sont parus, affirmant son excellence, relatant d'éclatants succès. En France, il a rencontré et rencontre encore de nombreux adversaires : cependant, l'impulsion est donnée et beaucoup de gynécologues ont rompu avec les anciennes médications lentes et incertaines et se sont adressés aux moyens chirurgicaux, plus rationnels, qui s'attachent à la cause même du mal et le plus souvent le détruisent.

Le curettage, la trachélorraphie, l'amputation du col, etc., ont déjà fait l'objet de plusieurs thèses, de plusieurs publications de sociétés savantes : aussi n'avons-nous pas l'intention

de faire leur étude complète, de relater toutes les observations qui y ont trait.

Nous avons eu, dans le cours de nos études médicales, la bonne fortune de voir M. le professeur agrégé Vautrin pratiquer ces opérations contre l'inflammation chronique de la muqueuse utérine : chaque fois les résultats ont été très satisfaisants : nous nous proposons, en les publiant, de contribuer dans la mesure de nos moyens à l'extension du traitement chirurgical de l'endométrite, de faire justice des objections qu'on lui oppose et de voir quels sont les cas où il faut l'employer. Nous montrerons que, pratiqué dans certaines conditions, il est inoffensif, moins dangereux, plus efficace que la plupart des médications auxquelles ont encore recours beaucoup de praticiens trop timides qui rejettent de parti pris toutes espèces d'opérations.

Nous devons ajouter que nous ne faisons pas entrer dans le cadre de cet ouvrage les cas où l'affection est causée ou entretenue par une complication locale, telle que l'existence d'un fibrome, d'une déviation utérine, etc.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Herrgott de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse : nous tenons à lui témoigner ici publiquement notre profonde reconnaissance pour les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer, pendant le temps trop court que nous avons passé comme interne dans son service de la Maternité.

Que M. le professeur agrégé Vautrin veuille bien agréer l'expression de notre plus vive gratitude : nous lui devons le sujet de notre thèse et les observations qui en font toute la valeur : l'obligeance avec laquelle il nous a dirigé dans notre

travail, nous a fait contracter envers lui une grande dette de reconnaissance.

Nous adressons nos remerciements à M. le docteur Schuhl, chef de clinique à la Maternité, à qui nous sommes redevable de renseignements qui nous ont été d'une grande utilité.

DIVISION DU SUJET

Il nous a paru nécessaire de résumer dans un premier chapitre les connaissances anatomo-pathologiques que l'on possède actuellement sur l'inflammation chronique de l'endomètre. On comprendra plus facilement de la sorte, comment l'affection se montre si tenace parfois et ne peut souvent céder qu'à un traitement énergique.

Dans un deuxième chapitre nous passerons rapidement en revue les principales médications qui n'appartiennent pas au domaine chirurgical.

Un troisième chapitre nous permettra d'exposer les opérations portant sur le col de l'utérus.

Celles qui portent sur le corps de l'utérus feront l'objet du quatrième chapitre.

Puis viendront nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

L'étude des modifications que subit la muqueuse utérine atteinte d'endométrite chronique, commencée par Aran, Scanzoni, Gallard, de Sinéty, a été complétée ces temps derniers par : Duvélius (*Société gynécologique de Berlin*, 11 janvier 1883). — Benicke (*Société obstétricale de Berlin*, 23 janvier 1885). — Karle Ruge et Veit (*Centralb. f. Gyn.*, 1887). — Mouchet (Thèse de Paris, janvier 1888).

Le corps et le col de l'utérus sont le plus souvent atteints simultanément et sur cinquante métrites on ne rencontrerait qu'une fois la métrite isolée du col (1).

L'inflammation ne reste pas limitée à la muqueuse, elle envahit aussi le parenchyme de l'organe, le tissu musculaire sous-jacent : notons que la mésométrite n'est jamais primitive.

« L'inflammation isolée de la muqueuse et du parenchyme, dit Churchill (*Traduction de Leblon*, 1881), se rencontre seulement dans les formes aiguës de la maladie. Dans la forme chronique, l'inflammation de la muqueuse et celle du parenchyme se compliquent habituellement, de sorte qu'il est pres-

(1) TENNESON, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 9 juillet 1884.

que impossible d'admettre une métrite muqueuse chronique et une métrite parenchymateuse chronique complètement isolées. »

I. — *Col de l'utérus*.— Au col, on trouve, dans les catarrhes chroniques, une tendance à l'altération de la surface épithéliale et un épaissement de la muqueuse qui se gonfle, surtout au niveau des saillies de l'arbre de vie.

L'épithélium cylindrique prolifère activement : il empiète peu à peu sur la surface externe du museau de tanche, et se substitue à l'épithélium parvimenteux « de façon que parfois, dit Martin (*Traité clinique des maladies des femmes*, 1889), la portion vaginale tout entière, quelquefois même les culs-de-sac du vagin, au lieu d'être tapissés d'épithélium pavimenteux à couches multiples sont revêtus d'une ou de deux couches de cellules cylindriques ».

La muqueuse a augmenté de volume comme je l'ai dit, aussi s'éverse-t-elle, vient-elle faire saillie à travers l'orifice externe du col, formant un bourrelet d'un rouge violacé et fortement sécrétant ; cette éversion est favorisée, s'il y a déchirure du col.

Les érosions que l'on trouve sur le col ne sont autre chose, d'après Karl Ruge, que des territoires d'épithélium cylindrique : cet auteur distingue : 1° les érosions papillaires, dans lesquelles on trouve de véritables papilles formées par des travées de tissu conjonctif hyperplasié, qui s'élèvent au-dessus de la surface de la muqueuse ; 2° les érosions folliculaires : dans cette forme, les orifices des glandes sont obstrués ; il en résulte une rétention des produits de sécrétion et une distension de l'extrémité profonde des tubes glandulaires.

A ces lésions de la muqueuse s'ajoutent des altérations du

parenchyme du col : sous l'influence du processus irritatif, il se forme du tissu conjonctif nouveau : il y a infiltration d'éléments embryonnaires ; il faut aussi noter une vascularisation excessive du col et une élongation des glandes qui pénètrent à travers les éléments musculaires sous-jacents.

Ces lésions se traduisent à l'examen par la déformation de la portion vaginale du col, son hypertrophie, la présence d'érosions, de kystes, etc. à sa surface et par la sécrétion d'un liquide filant, muqueux, quelquefois teinté de sang.

II. — *Corps de l'utérus*. — Les altérations de la muqueuse du corps utérin ont fait admettre bien des variétés d'endométrite.

Atthill décrit une forme diffuse, à granulations sessiles développées en groupes, érodées et ulcérées par le catarrhe chronique ou bien répandues sur toute la muqueuse, semblables à celles de la conjonctive granuleuse (1).

Pour Tanner, il existe un état morbide de la muqueuse utérine, qui est atteinte d'une hyperplasie générale uniforme, qui revêt un aspect pulpeux, sans formation polypeuse (2).

Olhausen rapporte des cas où il a vu de nombreuses végétations répandues sur une muqueuse hyperplasiée (3).

Quoi qu'il en soit, au point de vue macroscopique, la muqueuse n'a plus sa coloration normale : elle devient rouge, ardoisée, bleuâtre : sur certains points elle présente des foyers ecchymotiques : elle est hyperémiée, pulpeuse et on l'a comparée à une couche de gelée de groseille étendue à la sur-

(1) ATTCHILL. On endometritis, *Dublin journ. of med. sc.*, janvier 1873.

(2) TANNER, *On cancer of female sexual organs*, London, 1863.

(3) OLSHAUSEN, Ueber chronische hyperplasirende Endometritis des Corpus Uteri, *Arch. f. Gyn.*, B. VIII.

face interne du corps utérin. Son épaisseur est considérable et de 3 à 4 millimètres, elle peut atteindre et dépasser un centimètre. Elle est molle et se laisse facilement détacher avec le doigt.

Ruge signale des extravasations sanguines dans les couches superficielles ; ces exsudats sanguins peuvent se transformer en petits foyers de pigmentation d'un rouge foncé, d'un brun orange ou de coloration noirâtre.

La surface de la muqueuse est rarement lisse : elle devient villose et prend un aspect velouté ; à côté de ces villosités, on trouve des granulations, des fongosités, de véritables polypes plus ou moins pédiculisés, des dilatations glandulaires rappelant les œufs de Naboth du col de l'utérus.

Tantôt les glandes subissent peu de modifications, c'est surtout le tissu conjonctif qui est atteint par le processus inflammatoire (endométrite interstitielle) ; il est infiltré par une grande quantité d'éléments embryonnaires provenant soit des globules blancs issus des vaisseaux par diapédèse, soit de la multiplication des cellules plates de Ranvier. Ce tissu conjonctif exubérant forme des bourgeons, de véritables polypes : parfois ces bourgeons sont peu vasculaires, mais souvent ils contiennent des vaisseaux sanguins nombreux, pelotonnés, serrés les uns contre les autres, à parois très fragiles : ce qui explique la fréquence et l'abondance des hémorragies dans certaines formes (métrites hémorragiques).

Tantôt c'est l'élément glandulaire qui offre les altérations les plus notables, au moins au début (endométrite glandulaire) ; les glandes sont transformées en tubes très allongés, à ramifications dendritiques, comme Karle Ruge l'a démontré. Ces tubes forment, suivant l'expression de Doléris, autant de

clous qui traversent de part en part la muqueuse utérine, de sorte que les lésions se généralisent à toute l'épaisseur de l'endométrium grâce à ces canaux qui mettent en communication sa surface avec sa profondeur.

L'endométrite interstitielle et l'endométrite glandulaire sont rarement isolées ; le plus souvent, elles s'associent et donnent lieu à l'endométrite fongueuse qui correspond à l'endométrite hyperplasique, pulpeuse de Récamier (1).

La couche musculaire de l'utérus est atteinte, comme nous l'avons dit plus haut ; on constate entre ses faisceaux des éléments jeunes qui plus tard se transformeront en tissu de sclérose ; les vaisseaux s'altèrent, présentent des varicosités ; de là résultent des thromboses veineuses, de l'endartérite avec atrésie possible de la lumière de l'artériole : d'où résultent aussi des ulcérations et des nécroses partielles du tissu malade.

Nous passons sous silence la métrite tuberculeuse et la dysménorrhée membraneuse dont l'étude, au point de vue anatomo-pathologique, n'est pas encore complètement élucidée.

Il ressort suffisamment de ces considérations que c'est à des lésions de profondeur que nous avons affaire quand nous nous proposons de guérir une endométrite chronique.

Le seul traitement rationnel sera, non pas celui qui s'attardera à vouloir pallier aux symptômes de l'affection, mais celui qui ira droit à la lésion et détruira le foyer qui entretient et perpétue le mal.

(1) RÉCAMIER, *Union médicale*, 1850, 1^{er} et 8 juin.

CHAPITRE II

Il n'est pas de gynécologue qui n'ait été frappé de la ténacité de l'endométrite chronique, de la difficulté et souvent de l'impossibilité de sa guérison ; ce qui rend compte du nombre des traitements, traitements qui ont tous des succès à leur actif, il faut le reconnaître, mais qui échouent dans bien des cas. Il est hors de doute que certaines endométrites légères aient disparu sous l'influence des injections intra-utérines, des crayons médicamenteux, etc., mais que d'insuccès en présence d'une affection un peu ancienne ou favorisée par une lésion concomitante de l'utérus, une déchirure, une hypertrophie du col, par exemple.

Il existe un traitement général et un traitement local de l'endométrite : Gaillard Thomas avoue que, s'il était obligé de choisir entre les deux, il donnerait la préférence au premier. De même, Tenneson déclare « que la métrite est une affection rebelle et qu'elle exige, avant tout, un traitement général s'attaquant à la constitution, à la diathèse, cause première des accidents (1) . »

Sans doute, chacun sait qu'un état général mauvais, la chlorose, la scrofule, l'herpétisme, se prête beaucoup à la

1. TENNESON. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 2 juillet 1881.

continuité de l'affection établie : les hystériques sont sujettes à des congestions actives, à des spasmes de l'utérus qui influent sur la durée de l'endométrite ; mais, généralement, il n'est plus admis qu'un état dyscrasique puisse créer l'inflammation de la muqueuse utérine ; il ne peut que préparer, en le plaçant dans des conditions défavorables, le terrain où s'implantera l'agent microbien, que celui-ci s'introduise dans l'utérus à la suite d'un accouchement, d'une vaginite blennorrhagique, etc.

Les médications générales, qui sont variables avec la constitution ou la diathèse du sujet atteint d'endométrite et que nous ne pouvons étudier, car ce serait faire la thérapeutique de la scrofule, chlorose, etc., diminuent d'importance à mesure que tend à disparaître l'endométrite d'origine purement dyscrasique : sans doute, elle a donné des succès, mais alors elle était combinée avec un traitement local ou l'inflammation était superficielle.

Nous nous rangeons à l'avis de M. Doléris : « J'affirme, dit-il, que si l'on me demandait de soigner une otite externe chronique ou aiguë, une stomatite desquamative, une pharyngite, une conjonctivite invétérée, l'idée ne me viendrait pas de donner du soufre, de l'arsenic ou des alcalins à mes malades avant de leur faire un traitement local. Pourquoi voulez-vous exempter l'utérus de cette pratique ? (1). »

Nous pensons donc qu'avant tout le traitement devra être local.

Quelles sont ces médications locales (autres que le traitement chirurgical), que l'on emploie depuis si longtemps et auxquelles on n'a pas encore renoncé ?

1. *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, séance du 10 mars 1887.

Nous n'avons pas l'intention d'en faire une classification, de parler de toutes celles qui ont été en honneur, nous donnerons seulement un aperçu de celles qui ont le plus de vogue.

Les médicaments employés dans la pratique courante sont les caustiques, les antiseptiques, les astringents : on a imaginé les procédés les plus divers pour les mettre en contact avec la muqueuse malade.

Becquerel est l'auteur d'une méthode, qui consiste à introduire dans l'utérus, les topiques sous forme de bâtonnets solides, de crayons médicamenteux. Scanzoni, Veit, Martin, Fraenkel, Hégar, Chrobak, Churchill ont essayé ce mode de traitement : ils ont employé comme excipient, tantôt la gomme astragante, tantôt la gélatine dissoute dans l'eau ou la glycérine, tantôt le beurre de cacao ; ils y ont incorporé à doses variables le nitrate d'argent, le tannin, l'acétate de plomb, le perchlorure de fer, le sublimé, l'iodoforme.

Quelle est la valeur de cette méthode ? Fritsch lui reproche de provoquer des contractions utérines qui expulsent presque de suite le crayon. D'après certains auteurs, quand le crayon reste dans l'utérus, il n'est pas certain que son action topique se produise parce que le mucus concrété enrobe le bâtonnet et en empêche l'action ultérieure. Non seulement les crayons médicamenteux n'agissent pas, ils ont aussi l'inconvénient d'être douloureux : ils provoquent des coliques utérines, des douleurs intenses avec vomissements. Porak, qui en a fait l'essai à l'hôpital Saint-Louis, n'a pas eu à s'en louer ; les malades, autrefois fidèles à sa consultation, ne revenaient plus (1).

1. PORAK. *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, séance du 8 septembre 1887.

Ce traitement est donc long, incertain et douloureux ; il doit, par conséquent, être rejeté.

On s'est servi de tampons saupoudrés d'iodoforme, de tannin, ou trempés dans un liquide antiseptique, caustique ou astringent ; on a aussi fort vanté les tampons imbibés de glycérine. Ces moyens sont bons quand il s'agit d'une endométrite légère et, encore souvent, le tampon n'est-il en contact qu'avec la surface du museau de tanche, de sorte que le pansement est à côté de la plaie. La glycérine décongestionne l'utérus, mais ce n'est que momentanément. Tous ces petits moyens ne peuvent amener la guérison des lésions invétérées et ne sont bons que pour les cas légers.

La cautérisation de la muqueuse est encore de mode : des caustiques sont très nombreux depuis le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, la créosote, l'acide pyroligneux, les acides azotique, chromique, jusqu'au thermo-cautère. Longtemps, la manière d'employer le caustique a été invariable ; qu'il se soit agi de l'inflammation de la muqueuse cervicale, qu'il se soit agi de l'inflammation de la muqueuse de la cavité utérine, on se bornait à promener le crayon de nitrate d'argent à la surface du museau de tanche : les érosions pouvaient disparaître par substitution de l'épithélium pavimenteux à l'épithélium cylindrique, mais on ne pénétrait pas au-delà de l'orifice externe du col, à moins d'une déchirure du col, d'ectropion de la muqueuse cervicale, cas où celle-ci pouvait alors être atteinte.

Pour remédier à cet inconvénient, on a introduit des bâtonnets caustiques dans l'utérus : leurs désavantages ont été énumérés ; Siredey, Leblond ont inventé des porte-caustique. Il est bien difficile de limiter l'action de ces caustiques dans la cavité utérine ; ils ne peuvent non plus exercer leur action sur

toute l'épaisseur de la muqueuse qui est souvent intéressée, comme nous l'avons vu plus haut. Les cautérisations sont dangereuses aussi et on a signalé des cas où elles avaient amené l'atrésie du canal cervical : là, où elles sont vraiment efficaces, c'est quand elles sont employées sous la forme d'injections intra-utérines, quand on a auparavant détergé la muqueuse par l'écouvillonnage ou le raclage.

Nous arrivons aux injections intra-utérines médicamenteuses.

Quand elles ne sont pas pratiquées avec la prudence voulue, elles peuvent amener des accidents graves et même mortels, accidents que Mangin a résumés dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* (déc. 1887, janv.-fév. 1888).

Le liquide peut s'introduire dans le péritoine par les trompes, chasser devant lui les produits morbides de sécrétion de ces cavités (pyo-salpingite) et déterminer une péritonite mortelle. Cette pénétration dans les trompes peut s'effectuer quand l'écoulement en retour du liquide n'est pas assuré par une dilatation préalable ou par l'emploi d'une sonde à double courant.

Il peut survenir des phénomènes d'intoxication, variables suivant les agents antiseptiques employés en injection, soit que le liquide pénètre dans les vaisseaux déchirés de la muqueuse (métrite hémorragique), soit qu'il y ait des phénomènes de rétention et d'absorption consécutive. On signale encore des accidents nerveux graves, des embolies, des poussées de paramétrite.

Les injections employées seules contre l'endométrite chronique sont peu recommandables ; elles agissent sur toute la surface de la muqueuse, mais seulement dans ses couches su-

perficielles ; or, nous savons que souvent c'est à des lésions de profondeur que l'on a affaire. Elles doivent être associées, pour être efficaces, à une opération chirurgicale, dilatation du col, raclage de la muqueuse.

Tous ces traitements que nous venons de passer en revue sont donc incertains, souvent inefficaces, et somme toute assez dangereux. Il est donc naturel de les remplacer par un traitement offrant une supériorité d'action incontestable, et qui, à cet avantage, joint celui d'offrir moins de dangers.

Voyons les résultats donnés par le traitement chirurgical.

CHAPITRE III

Les opérations qui ont été pratiquées sur le col, dans le but d'obtenir la guérison de l'endométrite chronique, sont : 1° la trachélorraphie ; 2° l'opération de Schröder (excision de la muqueuse) ; 3° l'amputation du col ; 4° la dilatation du col.

I. — Trachélorraphie

C'est à l'école gynécologique américaine que revient le mérite d'avoir établi d'une façon nette et précise les relations qui existent entre les déchirures du col et les maladies de l'utérus et l'endométrite, en particulier ; en même temps qu'elle signalait le fait, elle instituait une opération chirurgicale destinée à réparer la lésion primitive et à faire disparaître les complications qui en résultent : cette opération est la trachélorraphie.

C'est en 1862 que, pour la première fois, le docteur Addis Emmet de New-York pratiqua l'opération à laquelle est attaché son nom et que, plus tard, Dudley, de Chicago, désigna sous le nom de trachélorraphie (1). Voici comment il la raconte lui-même : « Le 28 novembre 1862, j'ai opéré une femme qui, pendant son accouchement, avait eu une déchirure double du col, déchirure qui s'étendait jusqu'aux parois vaginales. J'avi-

1. DUDLEY. *New-York medic.*, janv. 1878.

vai et je rapprochai, au moyen de sutures au fil d'argent les deux lèvres de cette déchirure. J'étais aidé par le docteur Winstan, alors mon assistant, et je crois que le docteur Gaillard Thomas était aussi présent. Cette malade souffrait d'une hypertrophie de l'utérus compliquée d'une ulcération inguérissable sur un col qui mesurait environ deux pouces et demi de diamètre. Grâce à un traitement soigneux, on avait pu constater à diverses reprises la guérison de cette ulcération, mais elle se montrait de nouveau pour peu que la malade se livrât au moindre exercice. La dégénérescence graisseuse avait tellement ramolli les tissus qu'à première vue on ne pouvait reconnaître la véritable lésion. Mon attention fut d'abord attirée en pratiquant le toucher par le volume du col comparé à celui du corps : ces volumes étaient relativement comparables à ceux de la tête et de la queue d'un champignon. Je saisis avec une érigne chacune des lèvres et, par une légère traction, je fis rentrer dans le canal cervical les tissus qui étaient renversés au dehors : par suite de cette manœuvre, le col n'était guère plus volumineux qu'à l'état normal. Le traitement nécessaire s'imposa à mon esprit ; je conçus et fis l'opération dont je viens de parler : le résultat fut la disparition complète de l'hypertrophie utérine et de l'ulcération du col. »

Emmet répéta plusieurs fois l'opération de 1862 à 1869 : ce n'est qu'à cette dernière époque qu'il publia ses résultats. Peu écouté d'abord, ce n'est qu'à la suite d'une nouvelle publication faite en 1874 à la « Medical society of county of New-York » (1) que sa méthode fut acclamée avec enthousiasme

(1) EMMET, *Laceration of the cervix uteri as a frequent and unrecognized cause of disease.*

par les gynécologues américains. Les succès furent nombreux.

En France, la trachélorraphie trouva la plupart des praticiens hostiles ou indifférents de sorte que le Dr Eustache (de Lille) dans un mémoire publié en 1884 dans les *Archives de Tocologie* ne put réunir qu'une vingtaine d'observations de lacérations du col, traitées suivant la méthode d'Emmet : quelques-unes se trouvent relatées dans la thèse de Fage (Paris, janvier 1881) et sont dûes à MM. Tarnier et Peyrot.

Depuis, ce nombre s'est beaucoup accru comme nous le verrons plus loin.

Influence de la déchirure du col sur l'endométrite chronique.

— La déchirure du col est consécutive à l'accouchement et Fage lui assigne deux causes très importantes qui sont : 1^o La rapidité de l'accouchement. — 2^o Une opération obstétricale, d'autres causes prédisposantes pouvant s'y joindre, l'état de rigidité anatomique, spasmodique du col, par exemple. C'est tout ce que nous dirons sur le mécanisme de la déchirure : nous ne rechercherons pas non plus pourquoi elle affecte de préférence telle ou telle partie du col utérin.

Le plus souvent, surtout si elles sont peu profondes, ces déchirures guérissent facilement, sans intervention aucune, ne laissant comme trace qu'une ou plusieurs dentelures, plus ou moins profondes, qui sont les marques indélébiles des accouchements antérieurs.

Mais quand la déchirure est profonde, que le museau de tanche est divisé dans toute son épaisseur, il en résulte souvent un ensemble d'altérations que Vulliet (1) divise en alté-

(1) VULLIET, *Archives de Tocologie*, 1884, Douze cas d'opération de trachélorraphie.

ractions morphologiques, fonctionnelles et inflammatoires.

Ce gynécologue compare d'une manière très heureuse l'orifice utérin à l'orifice buccal; il le considère comme ayant une lèvre antérieure et une lèvre postérieure, réunies par deux commissures latérales. Que l'une des deux commissures ou que les deux à la fois viennent à se rompre, qu'arrive-t-il?

Les fibres circulaires du col, comparables à l'orbiculaire de la bouche, détruites sur un ou plusieurs points de leur circuit ne peuvent plus oblitérer le segment inférieur de l'utérus: les lèvres se mettent en ectropion, l'antérieure se porte en avant, la postérieure en arrière, dans le cas de déchirure double.

La lacération du col empêche la fécondation et prédispose aux avortements: la direction vicieuse du canal cervical, l'hypertrophie possible de l'une ou de l'autre des lèvres peuvent faire supposer que l'accès de l'utérus aux spermatozoïdes est devenue plus difficile: de plus, il y a de l'inflammation et du catarrhe qui sont également de nature à s'opposer à la fécondation.

Par le fait même de la déchirure, la muqueuse de la cavité cervicale fait hernie dans le canal vaginal, se renverse, se met en ectropion: cette muqueuse cesse donc d'être utérine et devient vaginale, mais elle ne se trouve plus dans des conditions normales. D'après Vulliet (*loc. cit.*) son épithélium cylindrique, mince, ne la protège pas suffisamment pour lui permettre de rester intacte dans la cavité du vagin, qui, elle, est recouverte par un épithélium pavimenteux, épais, la défendant contre les influences pathogènes propres à son milieu.

« La muqueuse recouverte d'épithélium mince devient malade, dans le milieu où il faut un épithélium épais, comme la

muqueuse à épithélium épais devient malade, dans un milieu (l'air extérieur) où, pour résister, il faut non plus un revêtement épithélial, mais un revêtement épidermique. »

Il est donc hors de doute et l'on doit regarder comme un fait démontré que la muqueuse et le parenchyme même du col peuvent devenir malades, être atteints d'endométrite chronique à l'occasion d'une déchirure du col : cette inflammation peut s'étendre à toute la cavité et même aux annexes de l'utérus.

Le traitement rationnel d'une métrite accompagnée de lacération profonde du col, devra donc avoir pour but de restaurer les commissures déchirées : l'opération pourra se faire soit isolément, soit combinée par exemple avec le curettage de la cavité utérine, suivant les indications.

La lacération, si elle consiste en une simple encoche, pourra guérir par de simples attouchements avec le thermocautère, mais quand elle sera profonde, accompagnée d'un ectropion considérable de la muqueuse cervicale, on n'aura d'autre choix que l'opération d'Emmet ou l'amputation du col. Souvent elle aura besoin d'être complétée par le curettage, l'écouvillonnage, l'inflammation s'étant propagée à toute la muqueuse utérine : si la déchirure, cause première dans certains cas de la métrite, amène, en disparaissant, la guérison comme nous le démontrons par les observations que nous rapportons, il n'en est pas moins vrai que la muqueuse du corps peut rester malade : il sera donc préférable de l'abraser, en même temps que l'on pratiquera la suture des lèvres du col : de la sorte, le chirurgien aura plus de chance d'éviter à la malade, ainsi qu'à lui-même, les ennuis d'une seconde intervention.

C'est ainsi que dans la thèse de Boureau (1), onze fois la

(1) BOUREAU, Thèse de Paris, mars 1888.

trachélorraphie fut l'heureux adjuvant du curettage et de l'écouvillonnage.

Manuel opératoire

Avant d'opérer il faudra instituer un traitement préparatoire destiné à faire disparaître la congestion de l'utérus et de ses annexes, congestion qui est fréquente dans le cas de déchirure du col. On fera garder le repos : injections intra-vaginales fréquentes avec de l'eau à 45° : pour rendre ces injections plus efficaces, Emmet recommande de faire coucher la malade sur le dos, les cuisses fléchies et le bassin élevé : cette position a un premier avantage, c'est de diminuer la tension veineuse ; en second lieu, le vagin est déplissé, distendu par le poids de l'eau de sorte que celle-ci est en contact avec toutes les parties de la muqueuse, au-dessous de laquelle rampent les capillaires. Le stimulus qui agit sur les vaisseaux de la région retentit sur la région pelvienne tout entière.

La durée de ce traitement préparatoire sera variable et on jugera le moment d'opérer venu, quand on aura constaté une amélioration notable de l'état congestif de l'organe.

Anesthésie. — Certains gynécologues ont recours au chloroforme : d'après Fage c'est une précaution peu nécessaire : la malade est dans une position gênante pour administrer l'agent anesthésique : du reste, la piqure du col est peu douloureuse : si le chirurgien vient à piquer la paroi vaginale, il en est immédiatement averti par un cri ou par une plainte de la malade.

La femme sera couchée dans une position telle que la déchirure

rure soit placée au-dessus de l'orifice externe, dans le décubitus latéral gauche si la déchirure siège à droite, et sur le côté droit, si la lésion est à gauche.

Après irrigation intra-vaginale antiseptique, on procède à l'opération qui comprend les trois temps suivants :

1. — L'abaissement et la fixation du col;
2. — L'avivement;
3. — L'affrontement.

I. — *Abaissement et fixation.* — On se servira, pour découvrir le col, du spéculum de Sims.

Il y a avantage à abaisser l'utérus : de la sorte, le chirurgien pourra opérer à ciel ouvert et l'avivement sera beaucoup plus facile; on n'aura pas à craindre une influence fâcheuse résultant des tiraillements sur les ligaments larges et sur les ligaments ronds, ces tiraillements durant très peu de temps.

On attirera donc le col en avant, soit à l'aide de la pince de Museux, ou d'une pince spéciale inventée par Vulliet, soit à l'aide d'un fil passé à travers les deux lèvres du col.

Quelques praticiens, craignant l'hémorragie, appliquent un anneau de caoutchouc à la base du col, un ressort de montre introduit au moyen d'un instrument spécial (tourniquet utérin d'Emmet).

II. — *Avivement.* — Le chirurgien procède alors à l'avivement des surfaces à affronter, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux : quand on opère sans abaissement préalable de l'utérus, il faut se servir d'instruments à lames très longues et très étroites, semblables à ceux que l'on emploie pour aviver les bords des fistules vésico-vaginales : le maniement de ces instruments offre plus de difficultés.

Le chirurgien transfixe les tissus avec un bistouri à lame étroite, au niveau d'un des bords de la déchirure, le plus près possible de l'angle de cette déchirure: le dos de l'instrument est tourné vers cet angle et le tranchant vers l'extrémité libre du col; le bistouri devra être dirigé obliquement dans la direction de la cavité cervicale, de manière à tailler en biseau les bords des lambeaux, ce qui permettra de donner une forme cylindrique au museau de tanche. On sectionne alors doucement jusqu'à l'extrémité libre du col. On s'occupe ensuite de l'autre lèvre, que l'on avive de la même façon; puis avec des ciseaux, on enlève le tissu cicatriciel compris dans l'angle de la déchirure: on redoublera de précautions pour ne pas blesser les artères qui se trouvent à ce niveau.

Le chirurgien devra toujours se préoccuper d'avoir un avivement complet, en prenant les soins nécessaires pour que plus tard l'orifice externe du col ne soit pas exposé à une atrésie; il faudra laisser au milieu de la muqueuse cervicale ectropiée une surface que l'on n'avivera pas et qui sera destinée à former une des parois du nouveau canal cervical: cette surface laissée intacte aura une plus grande largeur à la partie qui doit former l'orifice externe, car c'est en ce point qu'il y aura le plus de rétraction après l'opération.

Dans le cas où le col est hypertrophié on pourra, comme le recommande le Dr Munde (1), réséquer une portion de l'une ou l'autre lèvre.

Tel est l'avivement pratiqué suivant la méthode d'Emmet, avivement qui permet d'obtenir une réunion par première intention.

(1) DUDLEY, *In Americ. Journ. of obstetrics*, 1878.

Certains auteurs n'avivent pas les surfaces ulcérées; c'est ainsi que Skène, quand ces surfaces sont bourgeonnantes, se contente de les rapprocher au moyen de trois ou quatre fils: il aurait constaté que, par ce moyen, les lèvres auraient une tendance à rester accolées.

D'autres, au lieu d'aviver avec l'instrument tranchant, modifient les surfaces malades avec des caustiques ou avec le thermo-cautère: de telle sorte que, quand l'eschare est tombée, on n'a plus qu'à maintenir les deux lèvres de la déchirure par des sutures; on obtient ainsi une réunion par deuxième intention après cautérisation. Mais on n'est pas suffisamment maître de l'action des caustiques qui peuvent entamer les tissus trop profondément, étendre leur action plus loin qu'on ne le voudrait.

On devra donc préférer l'avivement avec l'instrument tranchant, qui permet de voir ce que l'on fait et qui permet de terminer l'opération en une seule séance.

III.—*Affrontement*.—Il a pour but de mettre les surfaces avivées en contact et de les maintenir unies.

Si on réunit des surfaces bourgeonnantes, comme le fait Skène, ou si on pratique l'avivement au bistouri, les fils sont placés immédiatement. Si on a eu recours aux caustiques, il faudra attendre que l'eschare soit tombée.

Les sutures pourront être faites au fil d'argent, comme Fage le conseille: Cot leur préfère le crin de Florence. On s'est servi, pour passer le fil, de l'aiguille de Reverdin, de l'aiguille courbe ordinaire, de l'aiguille de Trélat: chacune d'elles a ses avantages et ses inconvénients.

Le nombre des sutures varie suivant l'étendue de la déchirure.

rure: Pallen (1) recommande d'en mettre une par 5 millimètres. Elles seront ou superficielles ou profondes: les premières n'intéresseront qu'une portion des tissus, surtout la portion externe: les profondes seront placées de telle sorte que le fil ne passe pas à travers les surfaces avivées, mais passe en dedans et en dehors des bords réunis de la déchirure: de la sorte une plus grande portion de tissu sera comprise dans leur anse et l'affrontement sera plus parfait.

Quand les sutures sont en place, si on a employé des crins de Florence, on noue simplement: si ce sont des fils d'argent on les tord avec le tord-fil de Coghill ou on se sert de tubes de Galli.

Puis on fait une irrigation prolongée du vagin avec une solution antiseptique et on place un tampon de gaze iodoformée sur le col.

La malade sera ensuite soumise à un repos au lit pendant 10 à 15 jours. Tous les jours injections vaginales d'eau phéniquée tiède. Les sutures sont laissées en place pendant 8 à 10 jours.

Résultats de la trachélorraphie

Les résultats de l'opération sont très satisfaisants, on peut en juger par le travail très important du Dr Hugues Wells, intitulé: « Les dangers possibles, immédiats et éloignés, de la trachélorraphie » (2).

(1) PALLER, *Americ. Journ. of obstetrics*, 1879.

(2) *Am. journ. of obstetrics*, juin 1884.

Voici à quelles conclusions il arrive :

La réunion des surfaces avivées ne se fait pas dans 8 p. 100 des cas. La trachélorraphie ne cause pas la stérilité et bien plus elle prédispose aux grossesses ultérieures : ce fait avait déjà été prouvé par une statistique de De Baer (1) qui comprenait 27 femmes opérées : 6 avaient dépassé la ménopause : sur les 21 cas qu'il faut donc faire seulement entrer en ligne de compte, 3 femmes sont devenues enceintes et ont accouché heureusement, une quatrième était enceinte, les autres avaient été opérées depuis trop peu de temps pour être déclarées stériles.

Chez les femmes accouchées, le tissu cicatriciel n'a jamais apporté d'obstacle sérieux à l'accouchement.

La sténose du col n'est pas à redouter, à moins d'une incurie inexcusable.

Le professeur Slaviansky est le premier qui ait pratiqué la trachélorraphie en Russie, en 1880 (2); sur 15 opérées, 9 succès complets : chez deux opérées, une deuxième intervention fut nécessaire étamena la guérison radicale de l'endométrite : dans 4 cas, réunion incomplète et malgré cela, amélioration notable.

Le Dr Vulliet a opéré 12 femmes : toutes ont été guéries (3).

Le Dr Campmann (d'Edimbourg) sur 5 cas de déchirure, a obtenu 4 fois un heureux résultat (4).

Playfair (5) déclare avoir été l'adversaire de la trachélorraphie, mais être devenu son partisan, après avoir obtenu de bril-

(1) Analysis of twenty seven operations for the restoration of the lacerated cervix uteri (*New-York med. journ.*, 14 juillet, 1883).

(2) Lacération du col, par AGATHOHOF, *Annales de Gynécologie*, 1883.

(3) VULLIET, *Archives de Tocologie*, 1884.

(4) *The Edimburg medic. journ.* 1882.

(5) *Archives de Tocologie*, 1881.

lants succès dans des cas qui avaient résisté aux traitements ordinaires.

Le Dr Goodell (de Philadelphie) rapporte 113 cas qu'il a opérés : il se loue des résultats qu'il a obtenus : « Mais, dit-il, la plus précieuse satisfaction que j'aie jamais reçue dans la pratique de la médecine vient d'une dame qui avait été infirme pendant onze ans et qui par l'opération d'Emmet fut rendue à la santé et à la société. » (1).

Nous trouvons dans la thèse de Fage quatre observations de malades atteintes de déchirures du col : ces malades ont été opérées suivant la méthode d'Emmet, par MM. Tarnier et Peyrot : succès complet dans les 4 cas.

Louis Cot rapporte 12 observations : 7 sont empruntées à Macdonald (*In the Edimburg medical journal*, 1882) : dans les 5 autres, l'opération a été faite par M. Tédénat : résultats très satisfaisants.

Le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer) dans une note parue dans les *Annales de gynécologie* de 1888 se déclare également partisan de l'opération d'Emmet.

OBSERVATION I.

(Résumée)

Déchirure bi-latérale. — Ectropion de la muqueuse avec érosions. —
Trachélorraphie

Observation de M. Tédénat, rapportée par M. Louis Cot, thèse de Montpellier : août 1885).

Femme de 26 ans. Accouchement il y a 10 mois. Depuis lors, leucorrhée ; menstruation excessive durant douze, quinze jours. Douleurs

(1) *Americ. journ. of obstetrics*, janv. 1882.

lombaires et hypogastriques, col gros, entr'ouvert, portant une déchirure à chaque commissure. Ectropion très marqué de la muqueuse, érosions: mucus filant, teint de sang.

Opération d'Emmet (10 juin 1881): injections vaginales avec solution phéniquée matin et soir. Pas de réaction générale.

Guérison complète des suites de l'opération le 26 juin, moins une petite encoche qui persiste au niveau d'un point de suture qui a sauté.

La leucorrhée a disparu; le col a son aspect normal.

Accouchement à terme, au mois de mars 1883.

OBSERVATION II.

(Louis Cot, thèse de Montpellier, août 1885).

(Résumée)

Déchirure à gauche. — Menstrues irrégulières. — Trachélorraphie.

Marie B..., trente-cinq ans, mère de trois enfants, souffre depuis son dernier accouchement qui remonte à quatre ans. Douleurs lombaires Leucorrhée abondante, menstrues irrégulières, col gros, descendant à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire; érosions et granulations: léger ectropion à gauche, au niveau de la commissure, qui présente une déchirure de deux centimètres. Utérus hypertrophié, mobile.

Opération d'Emmet.

Écoulement leucorrhéique très abondant dès le deuxième jour après l'opération: malgré les injections phéniquées, il persiste jusqu'au huitième jour et s'accompagne de vagues douleurs: peu de réaction générale.

Guérison complète de l'opération le vingt-cinquième jour. Malade revue trois mois après avec amélioration très notable.

OBSERVATION III

(Louis Cot, thèse de Montpellier, août 1885).

(Résumée)

Mme G..., âgée de vingt-huit ans, lymphatique, bien constituée: trois ans auparavant, accouchement qui eut lieu dans de bonnes conditions.

Depuis cette époque, les règles durent huit jours en moyenne, sont très abondantes : leucorrhée. Douleurs au bas-ventre et aux hanches qui vont en s'accroissant à l'approche de la menstruation.

A l'examen de la malade pratiqué au mois de février 1884, on constate la béance du col, une tuméfaction notable des deux lèvres, de la postérieure surtout, une déchirure commissurale gauche, longue de 2 centimètres environ, à lèvres bourgeonnantes. Leucorrhée utérine abondante. La cavité utérine a une longueur de huit centimètres.

Opération d'Emmet, pratiquée le 3 mai 1884.

Le 19 juillet, la malade présente un état de santé excellent, la leucorrhée est supprimée : les menstrues ne durent plus que quatre jours et ne sont accompagnées d'aucune douleur : l'utérus a diminué de volume.

OBSERVATION IV.

(Publiée par M. le Dr VULLIET, *Archives de Tocologie*, décembre 1883).

(Résumée).

Déchirure bi-latérale. — Catarrhe cervical prononcé. — Trachélorraphie

Mme R..., 26 ans, réglée à 14 ans, mariée à 21 ans. Une première couche normale à 22 ans. Une fausse couche de trois mois à 23 ans et demi. Un accouchement, au bout d'une grossesse de huit mois, à l'âge de 25 ans.

Au toucher, on constate une déchirure double du col : la déchirure du côté gauche est plus prononcée que celle du côté droit et remonte jusqu'aux insertions vaginales. Le col est dur et douloureux. Au spéculum, on constate une érosion, un catarrhe cervical prononcé et une hypertrophie considérable de tout le col.

Les symptômes douloureux font rattacher le début de l'affection au premier accouchement.

Le 15 mai 1883, opération d'Emmet.

Le 28 mai, les sutures sont enlevées : l'ectropion a disparu et le col a une apparence tout à fait normale.

Dans le courant de juin plus d'érosion, plus de signe d'endométrite cervicale.

OBSERVATION V

(Publiée par M. le Dr VULLIET, *Archives de Tocologie*, décembre 1884).

(Résumée)

Mme Eugénie, 34 ans, réglée à 16 ans, mariée à 26, deux enfants
Entrée à la Maternité le 17 septembre 1884. Les dernières règles datent
du commencement de juin. Fausse couche le 7 septembre.

Par le toucher, on arrive sur un col gros, très entr'ouvert, très ulcéré,
présentant une profonde déchirure bi-latérale : les lèvres sont en ectropion : on peut pénétrer avec le doigt jusqu'à l'orifice interne.

Le 18 au soir, forte hémorragie, plusieurs gros caillots. Raclage de
la cavité utérine dont on sort plusieurs débris de membranes et de mu-
queuses hypertrophiées. Après le lavage utérin elle se rétablit rapide-
ment.

Le 25, opération d'Emmet.

La malade sort de la Maternité le 4 octobre, un des côtés s'est réuni
par première intention, l'autre ne s'est pas réuni.

Un mois plus tard, le col est réuni des deux côtés. Le côté qui ne
s'était pas guéri par première intention s'était guéri par granulation.

OBSERVATION VI

(Publiée par M. le Dr VULLIET, *Archives de Tocologie*, décembre 1884).

Résumée.

Marie B., ménagère, 22 ans, entre à la Maternité le 15 septembre 1884.
Malade depuis son dernier accouchement.

Au toucher vaginal, col gros, regardant en avant, grandement entr'ou-
vert par une déchirure qui remonte presque jusqu'aux insertions vagi-
nales : on pénètre jusqu'à l'orifice du col. Culs-de-sac normaux, l'utérus
est légèrement hypertrophié et en rétroversion, un peu douloureux : au
spéculum, on découvre une petite érosion sur les bords du col. Endo-
métrite cervicale prononcée.

Le 15 septembre, trachélorraphie.

Le 28, la plaie a très bonne apparence, la malade sort.

Le 12 octobre, la malade revient : le col a diminué de volume : orifice
presque plus ouvert : endométrite disparue. Etat général satisfaisant.

II. — Opération de Schröder. — Excision de la muqueuse du canal cervical.

Schröder, dans son *Traité des maladies des organes génitaux de la femme* (1) après avoir énuméré les différents traitements capables de mettre fin aux catarrhes légers du col de la matrice, s'exprime de la manière suivante :

« Quant aux formes invétérées de cette affection, compliquées d'hypertrophie glandulaire et de végétations adénoïdes de la muqueuse, elles résistent à tous les traitements que nous avons mentionnés, l'acide azotique fumant et le fer rouge ne parviennent même pas à suspendre définitivement ces catarrhes. Dans tous ces cas où l'élément glandulaire de la muqueuse cervicale est le siège de végétations exubérantes, je ne saurais assez conseiller l'excision de la muqueuse malade. Cette opération se trouve recommandée à deux titres, lorsque comme c'est souvent le cas dans les catarrhes anciens, l'irritation inflammatoire se produit avec développement anormal dans le parenchyme du col. »

Nous voici donc en présence d'une nouvelle variété de traitement chirurgical de l'endométrite chronique, répondant à des indications bien déterminées.

Manuel opératoire

Nous décrirons le manuel opératoire d'une manière succincte : pour plus de détails on pourra se reporter à la thèse de Rojecki (2).

(1) SCHRÖDER. *Maladies des organes génitaux de la femme*. Traduction de Lauwers et Hertoghe, 1886.)

(2) ROJECKI, Thèse de Paris, mai 1888.

L'opération se fait sous le chloroforme, après avoir désinfecté le champ opératoire par des lavages antiseptiques répétés; pas de spray: on le remplace par une irrigation permanente faite avec une solution phéniquée, chaude, à 1 910 : l'opération est ainsi rendue plus facile car le sang est enlevé au fur et à mesure de son écoulement.

On introduit les deux valves du spéculum de Sims; on saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux et on attire l'utérus vers la vulve: il faut tirer lentement jusqu'à ce que l'utérus offre une résistance assez grande, on s'assure alors de la perméabilité du canal cervical et on cherche si l'utérus n'est pas en position vicieuse.

On fait à l'aide du bistouri ou avec des ciseaux courbes comme le fait Schröder, une incision de chaque côté du col qui se prolonge jusqu'à l'insertion des culs-de-sac vaginaux. Alors il devient facile d'écarter les deux lèvres ainsi obtenues et tout le canal cervical, jusqu'à l'orifice interne, devient accessible à la vue.

« On pratique aussi haut que possible, dans la muqueuse de l'une des lèvres du col, une incision transversale pénétrant jusque dans le parenchyme du col; après cela, on plonge le bistouri dans le sommet de la lèvre du col utérin et on le dirige vers la première incision, de façon à enlever ensuite, par des incisions latérales, toute la muqueuse malade et une partie des tissus sous-jacents. Il ne reste plus alors de la lèvre du col qu'un lambeau allongé, privé de muqueuse à sa surface interne: je renverse ce lambeau en dedans de façon à en mettre le sommet en contact avec le bord supérieur de la première incision. Après avoir suturé la plaie en lui conservant ses rapports, je pratique la même opération sur la lèvre du col

restée intacte. Je finis par réunir, par quelques points de suture ce qui reste des incisions latérales. Le col est alors recouvert dans toute son étendue par de l'épithélium vaginal qui ne présente pas la moindre disposition morbide. » (Schroeder, *loc. cit.*)

Les sutures sont faites au fil de catgut et tombent spontanément vers le huitième jour : aussitôt qu'elles sont placées l'hémorragie s'arrête.

On fait ensuite de fréquents lavages antiseptiques du canal vaginal : dans l'intervalle tampons de gaze iodoformée.

L'opération de Schroeder agit donc en enlevant la muqueuse cervicale malade : elle diminue le volume du col et remplace l'épithélium altéré par un nouvel épithélium, épithélium pavimenteux, épithélium sain, emprunté à la surface externe du museau de tanche. Elle agit aussi sur le corps utérin, comme l'amputation, comme la dilatation du col, en exerçant une action tonique spéciale sur l'utérus.

Les indications de l'excision de la muqueuse ont été exposées plus haut : cette excision est rarement employée seule ; suivant les circonstances, le curettage de la cavité de l'utérus, l'amputation biconoïde du col pourront lui être associés.

Sur 220 femmes ayant subi l'opération, Schroeder cite un seul cas de mort. Boureau (1) rapporte de nombreuses observations où l'excision de la muqueuse a été faite concurremment avec d'autres opérations ; les résultats sont brillants. Rójecki (*loc. cit.*) publie les succès obtenus par M. Pozzi dans son service de l'hôpital Pascal, nous lui empruntons quelques-unes de ses observations.

(1) BOUREAU, *loc. citat.*

OBSERVATION VII

(ROJECKI, thèse de Paris, mai 1888.

B..., Alexandrine, âgée de 28 ans, modiste. Régulée pour la première fois à 14 ans : ses règles étaient toujours accompagnées de coliques violentes. La malade a accouché il y a 7 ans : l'accouchement a été facile. Elle n'a pas nourri. La malade dit avoir été soignée en 1885 pour hypertrophie du col. Au mois d'août 1886, elle est prise de pertes blanches abondantes. Elle entre le 24 juin 1887 dans le service de M. Pozzi. Elle éprouve à ce moment des douleurs sourdes, continues dans la région hypogastrique, douleurs qui s'irradient dans les reins et dans les cuisses. La marche et la station debout augmentent les douleurs. Pas d'hémorragie.

Au toucher, les culs-de-sac sont libres : l'utérus est mobile, il est en latéro-flexion droite.

Le col est gros, sa surface est irrégulière : on y perçoit des saillies rondes, du volume d'un pois qui donnent au toucher la sensation de grains de plomb implantés dans le col.

A l'examen au spéculum, on constate que le col est en effet très augmenté de volume. L'augmentation porte surtout sur la lèvre supérieure du col qui est bombée et saillante : à sa surface, on voit trois saillies de couleur jaune qui sont des kystes glandulaires.

Il existe à gauche une déchirure du col assez profonde. Hystéromètre 6 1½.

Opération de Schröder le 26 juin 1887. La malade sort guérie sans accidents 25 jours après l'opération.

On a revu la malade un mois après sa sortie : l'état général est très bon, elle n'a presque plus de douleurs, l'écoulement a disparu complètement.

OBSERVATION VIII

(ROJECKI, *loco citato*)

Résumée

B... Henriette, 22 ans, cartonnrière : antécédents tuberculeux du côté de la mère. A 17 ans, anémie, diverses névralgies, surtout névralgie fa-

ciale. Céphalalgies fréquentes. Première métrorragie à 20 ans, à la suite d'une fausse couche.

Premières règles à 14 ans 1½ : depuis, époques régulières d'une durée moyenne de 4 à 5 jours. Trois grossesses antérieures et une fausse couche, la première à 17 ans 1½, la deuxième à 19 ans 1½, la troisième à 21 ans.

Fausse couche de 2 mois 1½ en 1887.

Accouchements normaux.

Depuis la fausse couche, douleurs dans la région hypogastrique, surtout à gauche, douleurs continues et s'exagérant la nuit : la miction est accompagnée d'un peu de ténésme vésical : constipations fréquentes depuis 5 à 6 mois.

Examen fait le 28 février 1888.

Au toucher, col légèrement abaissé, un peu déchiré en arrière : entr'ouvert, gros et irrégulier.

Le corps est en antéversion, très mobile, facilement réductible. Culs-de-sac libres.

Au spéculum : col gros, violacé, entr'ouvert : érosion de la lèvre antérieure : à l'hystéromètre, 6 centimètres 1½ : le cathétérisme amène un peu de sang : il n'est pas douloureux.

Le 1^{er} mars, opération de Schroeder : procédés ordinaires : sutures au catgut. Pas de température.

15 mars. — Les règles surviennent : elles sont très abondantes : douleurs très vives dans tout l'abdomen.

Depuis le 21 mars, la malade va très bien.

OBSERVATION IX.

(Рожеcki, *loc. cit.*)

Louise B..., 27 ans, femme de ménage : accès d'épilepsie depuis l'âge de 7 ans.

Premières règles à 12 ans, régulières.

Trois grossesses et deux fausses couches.

Depuis la première grossesse qui remonte à 1878, la menstruation est devenue irrégulière, douloureuse.

Douleurs hypogastriques plus vives à gauche, s'exaspérant par la

marche, la station debout, s'accompagnent de rétention d'urine. Ces douleurs lui donnent la sensation d'un corps pesant qui aurait tendance à s'échapper par la vulve.

Examen. — Col très gros, aplati, présentant deux lèvres hypertrophiées et une déchirure ancienne à gauche.

12 janvier 1888. — Opération de Schröder : sutures au catgut.

25 janvier. — On constate à cette époque que le moignon du col est parfaitement lisse : les culs-de-sac sont libres, l'utérus est mobile. Plus de pertes blanches.

III. Amputation du col de l'utérus

Très souvent les endométrites sont accompagnées d'une hypertrophie considérable du col, hypertrophie qui peut être totale, prédominer sur telle ou telle lèvre, donner à la portion vaginale du col une disposition spéciale qui l'a fait comparer à un museau de tapir, d'où le nom de col tapiroïde. Il est admis par la plupart des gynécologues, que cette augmentation de volume est un obstacle au libre écoulement des produits morbides sécrétés par l'endomètre, qu'elle entrave par conséquent la guérison de l'affection. De plus, l'expérience a démontré que l'amputation du col hypertrophié, amène dans tout le corps utérin, qui est aussi augmenté de volume, une métamorphose rétrograde, analogue à l'involution puerpérale, qui contribue puissamment au retour de cet organe à ses dimensions primitives. Ce processus regressif, qui a été vérifié bien des fois au point de vue clinique, Rokitansky et C. Braun ont suivi sa marche à l'aide de préparations histologiques.

A l'étranger, l'amputation du col de l'utérus, comme traitement curatif de l'endométrite chronique, employée seule ou associée au curettage utérin se fait couramment : voici comment s'exprime Martin (*loc. cit*) au sujet des métrites rebelles : « Dans

ces cas, je considère comme un moyen curatif l'amputation du col, l'excision de segments de cet organe ; cette opération n'est pas une affaire aussi considérable qu'on a bien voulu le dire. Je n'hésite donc pas à recommander chaudement l'amputation du col utérin comme traitement des cas opiniâtres de métrite chronique. Et j'insiste d'autant plus qu'avec cette opération, nous sommes à même d'agir également d'une manière plus énergique sur les affections de la muqueuse. »

Schroeder (*loco citato*) Brissay (1), C. Jacobi Müller (2) et nombre d'auteurs donnent la métrite chronique du col et du corps de l'utérus comme une indication de l'amputation du col quand les moyens ordinaires ont échoué.

L'amputation est souvent associée à l'excision d'une portion de la muqueuse intra-cervicale.

Nous ne décrirons pas en détail tous les procédés d'ablation de la totalité ou d'une partie de la portion vaginale du col utérin ; outre que ces procédés sont nombreux, ils doivent être modifiés pour chaque cas particulier.

On s'est d'abord servi de l'écraseur linéaire de Chassaignac ou de l'anse galvano-caustique : on cite quelques heureux résultats : Hermann en publie deux cas (3) : dans le premier il s'agissait d'une malade âgée de 22 ans, atteinte de métrite avec pertes très abondantes : l'amputation fut pratiquée au thermocautère, la métrite disparut et ultérieurement la malade devint enceinte : dans un deuxième cas, l'opération pra-

(1) BRISSAY. *Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoire*, 1887.

(2) C. J. MÜLLER. Die Amputation Colli Uteri (*Zeitschrift für Geburt und Gyn.*, Tome XI).

(3) HERMANN. Hypertrophy of the vaginal portion of cervix uteri occurring in two sisters (*Medic. times and gaz.*, vol. I, 1881).

tiquée de la même façon, ne fut non plus suivie d'aucune complication.

Cependant l'écraseur de Chassaignac et l'anse galvanocaustique offrent de sérieux inconvénients : on a noté des lésions de la vessie, du cul-de-sac de Douglas : de plus l'hémostase n'est pas assurée (1) comme on le prétend et la cicatrisation donne lieu à des rétractions, et même à des atrésies.

Maintenant, on se sert presque exclusivement du bistouri.

Sims opère de la façon suivante : après abaissement de l'utérus, il sectionne au bistouri le col utérin et se propose de recouvrir le moignon avec la muqueuse vaginale : pour cela des fils d'argent sont introduits le long du bord externe de la surface cruentée, de façon à comprendre une quantité suffisante de tissu vaginal, sans comprendre aucune portion du col : les fils sont serrés et le tissu vaginal glisse sur le moignon comme le font les parties molles dans l'amputation circulaire du bras ou de la jambe.

Mais ce revêtement du moignon par la muqueuse vaginale offre trop de difficultés : comme autres inconvénients, il peut y avoir des hémorragies consécutives et une cicatrisation irrégulière.

Hégar a introduit dans la chirurgie de l'utérus un autre procédé d'amputation du col : le segment vaginal du col ayant été rendu facilement accessible, il fend les commissures latérales du museau de tanche jusqu'aux insertions vaginales : commençant par l'une des lèvres, il part de la limite inférieure de la muqueuse cervicale et excise de cette lèvre une portion conique plus ou moins considérable suivant les cas : il suture en

(1) MARTIN, *loco citato*.

faisant embrasser aux fils toute la surface de la plaie. Il fait de même pour l'autre lèvre, et il termine en fermant les deux commissures latérales par quelques points de suture.

Martin reproche au procédé de Hégar de ne pas enlever la muqueuse cervicale dans bien des cas : aussi lui associe-t-il souvent l'opération de Schroeder.

L'amputation du col que l'on emploie le plus souvent dans les cas d'endométrite chronique est celle connue sous le nom d'amputation biconique : elle se pratique de la façon que voici : comme précédemment, on libère les commissures du col par deux coups de ciseaux : chaque lèvre est ensuite enlevée par deux incisions obliques qui se rejoignent de façon à former une gouttière angulaire dont le sommet regarde la base du col.

Brissay compare cette opération à l'amputation classique d'un membre, à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. En faisant les incisions plus ou moins haut, on pourra enlever avec la partie excisée du col une portion plus ou moins grande de la muqueuse malade.

Il résulte de cette étude qu'en présence d'une endométrite avec hypertrophie du col, le procédé opératoire variera, avec le degré d'hypertrophie de telle ou telle partie, avec l'état de la muqueuse cervicale, avec l'absence ou la présence de déchirures. Alors, il faudra faire varier les procédés d'amputation suivant les exigences de chaque cas particulier. C'est ce que nous avons vu faire d'une façon si heureuse par M. le professeur agrégé Vautrin qui a bien voulu nous communiquer les deux observations suivantes :

OBSERVATION X

(Communiquée par M. le professeur agrégé VAUTRIN.)

Endométrite datant de plusieurs années. — Amputation du col. — Guérison complète.

Mme P..., de Naix-aux-Forges, 38 ans, m'est envoyée par le docteur X..., pour une affection de la matrice ; cette femme est en traitement depuis plusieurs années et a subi, à plusieurs périodes, des cautérisations qui n'ont abouti à aucun résultat. Elle a eu deux enfants, le deuxième, il y a dix-huit mois. Les accouchements paraissent s'être accomplis normalement et les suites de couches ont été bonnes, sauf la dernière fois, car la malade a dû reprendre le lit, se plaignant de violentes douleurs dans le ventre, douleurs qui ont cédé à quelques jours de repos.

Après le premier accouchement étaient survenues des pertes abondantes qui épuisaient la malade ; après le deuxième accouchement, ces phénomènes ne firent qu'augmenter, en dépit de tous les traitements.

Au moment où j'examine la malade, celle-ci se plaint de violentes douleurs dans les régions ovariennes, douleurs persistantes, avec aggravation au moment des règles qui sont restées à peu près régulières et normales. Douleurs dans les reins et à l'épigastre, douleurs dans les cuisses qui empêchent la malade de marcher ; leucorrhée abondante pendant tout l'intervalle des règles.

Je palpe les régions ovariennes et je trouve que les ovaires sont gonflés, douloureux, mais pas d'infiltration apparente dans les ligaments. Le fond de la matrice est assez gros. Les mictions sont régulières.

Examen au spéculum.— Vagin, col utérin, culs-de-sac vaginaux très rouges, tuméfiés, col utérin très hypertrophié en longueur, col en museau de tapir, la lèvre antérieure plus hypertrophiée que la postérieure ; orifice du col assez ouvert, à direction transversale ; la muqueuse paraît un peu éversée sur la lèvre antérieure : glandes peu apparentes.

Examen à la sonde. — 9 centimètres et demi : pas de déviation apparente, peut-être une antéflexion exagérée ; l'utérus est bien soutenu et dans les culs-de-sac latéraux, la palpation profonde seule détermine de la douleur ; l'écoulement est très abondant.

L'utérus est lourd, gros, mais mobile dans le sens vertical.

Après un examen de plusieurs jours et un repos bien suivi, après quelques bains et surtout des injections antiseptiques répétées, j'examine les écoulements, qui me paraissent purulents et je propose aussitôt à la malade l'amputation du col.

Les tampons iodoformés, glycerinés, de tannin, les crayons d'iodoforme introduits dans la cavité cervicale avaient été employés déjà : le col portait même quelques cicatrices résultant de cautérisations faites au thermocautère.

Je fais le 5 mars 1888 *l'ablation du col*. M. le professeur Gross veut bien m'assister pendant l'opération.

La malade étant endormie, je fais vers le sommet du col une incision circulaire intéressant la muqueuse et je poursuis cette incision dans l'épaisseur du parenchyme jusqu'à la base du col en dirigeant la pointe du bistouri en haut et en dedans, de façon à arriver sur la muqueuse intra-cervicale que je sectionne : j'ai, de la sorte, circonscrit une portion conoïde dont la pointe est supérieure : j'enlève cette portion conoïde et au fond de cet évidement en forme de cône, il me reste une portion de la muqueuse cervicale.

Je renverse vers l'intérieur du cône la muqueuse externe du col et je l'unis par des points de suture à la muqueuse interne, de façon que j'ai un nouveau col entièrement recouvert à sa face externe et à sa face interne par la muqueuse qui était extérieure au canal cervical.

Points de suture au catgut aussi nombreux que possible : suites de l'opération aussi bénignes qu'on pouvait l'espérer ; il y a bien quelques points de suture qui cèdent, mais la plupart tiennent jusqu'à réunion complète.

Tous les jours, matin et soir, lavages au sublimé à 40 centigrammes pour 1000 grammes, dans l'intervalle tampons d'iodoforme appliqués directement sur le col.

Pas de mouvement fébrile. Vingt jours après l'opération, les règles apparaissent avec leurs caractères habituels.

Un mois après l'opération quelques bourgeons restent encore visibles : l'écoulement a beaucoup diminué.

Je fais alors la dilatation du canal cervical à l'aide de tiges de lamina et régulièrement je fais dans l'utérus, à partir de ce moment, des injections avec une solution de permanganate à 20 centigrammes pour 1000 grammes.

Le 20 avril, les écoulements ont complètement cessé et la malade peut être renvoyée chez elle guérie.

J'ai eu l'occasion de revoir cette malade au mois de novembre 1889 : le résultat s'est parfaitement maintenu, c'est-à-dire que les écoulements ont cessé et la malade ne se plaint plus que de quelques douleurs ovariennes qui ne l'empêchent point, d'ailleurs, de voyager, de se livrer à ses occupations multiples.

OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le professeur agrégé Vautrin).

Endométrite chronique. — Déchirure bilatérale du col. — Excision d'un segment conoïde du col. — Guérison.

Mme V... âgée de 32 ans, vient me consulter en janvier 1889, pour des douleurs excessives continuelles dans les reins, douleurs qu'elle porte depuis deux ans : cette femme a eu un enfant il y a trois ans environ. Cet enfant est mort en nourrice, suite d'atropsie. Cette personne est fortement préoccupée d'abord par le désir d'avoir de nouveaux enfants, souhaits qui n'ont encore pu être réalisés jusqu'ici et ensuite par les douleurs qu'elle éprouve dans le bas-ventre, dans les reins : elle souffre aussi de vives douleurs d'estomac. Elle avait été traitée jusque-là par des injections à l'extrait de saturne et au sulfate de zinc, à cause d'écoulements abondants.

Je palpe le ventre, je n'y reconnais aucune tumeur, aucune inflammation péri-utérine appréciable ; seulement, quelques douleurs à la pression des ovaires : d'ailleurs l'accouchement a été apparemment facile et ses suites heureuses.

Examen au spéculum. — Le col est gros, assez court, la lèvre antérieure surtout est volumineuse, séparée nettement de la lèvre postérieure par deux sillons latéraux, cicatrices apparentes de déchirures au moment de l'accouchement ; la muqueuse est éversée sur la lèvre antérieure, elle est très rouge, un peu fongueuse : la lèvre postérieure est moins épaisse : le canal cervical est ouvert transversalement : écoulement blanc, assez épais, abondant : au toucher, les culs-de-sac vaginaux sont libres : pas d'induration autour de la matrice : celle-ci est libre et un peu augmentée de volume.

Persuadé que les accidents douloureux et l'écoulement abondant ne sont dûs qu'à la déchirure bilatérale du col, je propose à la malade une petite opération que je pratique quelques jours après sous le chloroforme.

Avec le bistouri, je fais sur la muqueuse du col, deux incisions circulaires concentriques, siégeant toutes deux au sommet du col: l'une interne est pratiquée sur la muqueuse, à l'endroit où elle commence à devenir intra-cervicale, en dedans et un peu au-dessus des extrémités internes des déchirures: la deuxième incision externe, par rapport à la première, est située en dehors et un peu au-dessus des extrémités externes des déchirures. Je prolonge ces deux incisions dans l'épaisseur du parenchyme du col, l'une en haut et en dedans, l'autre en haut et en dehors de façon qu'elles finissent par se rencontrer à angle aigu: j'excise ainsi un segment en forme de cône à sommet supérieur, ayant pour base cette portion de la muqueuse située entre les deux lignes circulaires concentriques.

Les deux lèvres de la plaie, qui ne sont autres que ces deux lignes d'incision entre lesquelles étaient comprises les déchirures, sont rapprochées et suturées au catgut: quelques fils d'argent servent à consolider la suture.

Après l'opération, tampon d'iodoforme qui reste en place pendant deux jours.

Lavages deux fois par jour au sublimé: dans l'intervalle des lavages, tampons d'iodoforme sur le col.

Guérison complète de la plaie le vingt-cinquième jour après l'opération.

Sous l'influence du repos au lit, les douleurs n'existent plus: elles reparaissent pendant les premiers temps qui suivent l'opération, mais beaucoup moins intenses, pour disparaître ensuite complètement trois mois après.

Quelques lavages intra-utérins au sublimé quand la réunion a été complète.

J'ai pu supprimer ainsi l'écoulement qui était antérieurement très abondant. Résultats excellents.

IV. — Dilatation du col de l'utérus

Très important est le rôle que joue la dilatation du col dans la thérapeutique utérine, soit qu'elle précède le curettage, l'écouvillonnage et facilite l'entrée de l'instrument destiné à abraser la muqueuse, soit qu'elle permette d'explorer la cavité de l'utérus et aide ainsi au diagnostic.

Outre ces avantages, la dilatation employée seule, sans être associée à une autre opération, peut amener la guérison de l'endométrite chronique dans ses formes légères et donne souvent des résultats très satisfaisants en faisant disparaître les douleurs qui dans certains cas accompagnent cette affection. La dilatation constitue donc un traitement chirurgical de l'inflammation chronique de l'endomètre : c'est en cette qualité que nous nous proposons de l'étudier.

Dilatation lente. — La dilatation lente consiste à introduire dans le canal cervical des substances susceptibles d'augmenter de volume par effet de leur imbibition et d'exercer ainsi une pression excentrique sur les parois en contact avec elles. Elle se fait surtout au moyen de l'éponge préparée, de la laminaire, du tupelo, etc.

L'éponge préparée est faite avec l'éponge ordinaire de toilette que l'on coupe sous forme de cônes de 6 à 7 centimètres de long, de diamètres variables : on traverse le cône suivant son axe par un fil métallique et on le plonge dans une solution de gomme : on le garnit ensuite d'un fil qui comprime la substance. Quand l'éponge est desséchée, on enlève le fil compresseur et le fil métallique et on rend aussi lisse que possible la surface de la tente ainsi obtenue. On la rend antiseptique par divers procédés : le suivant est indiqué par M. Doléris :

on trempe l'éponge préparée pendant une demi-heure dans une solution saturée d'éther iodoformé: l'iodoforme pénètre dans toute l'épaisseur du cône et l'éther n'altère pas sa forme.

La laminaire et le tupelo sont rendus antiseptiques de la même façon: au moyen de coupes, on peut s'assurer que toute la substance dilatatrice est imprégnée d'iodoforme.

A quel agent de dilatation avoir recours?

L'éponge a les inconvénients que voici: elle s'émousse en se gonflant trop rapidement quand on l'introduit: elle conserve une surface toujours un peu rugueuse et elle est difficile à retirer, une portion de la tente pouvant se détacher et rester dans la cavité utérine.

Les tiges de tupelo s'imbibent rapidement et complètement, mais elles restent toujours un peu molles, de sorte que leur force dilatatoire est moindre que celle des tiges de laminaire. Celles-ci sont préférables, elles se gonflent lentement, mais elles sont faciles à introduire et elles pressent énergiquement. Quelle que soit la tente dilatatrice employée, on la remplacera généralement au bout de quelques heures par une seconde destinée à compléter l'action de la première.

Dilatation rapide, extemporanée. — La dilatation rapide se pratique pendant le sommeil chloroformique: dans ce but, on a construit différents dilatateurs: ceux de Schultze, de Martin, de Sims, sont les plus connus. Fritsch, Lawson, Hégar, Hancks, ont proposé des appareils en forme de sondes, construits en gomme, en métal, destinés à amener en quelques minutes la dilatation progressive du canal cervical.

Dans l'observation XII, nous avons vu M. le Professeur agrégé Vautrin introduire dans la cavité cervicale une longue

pince fermée dont il a ensuite écarté violemment les branches : la dilatation extemporanée ainsi faite a été maintenue au moyen d'un tampon de gaze iodoformée.

Quand le col est rétréci ou peu dilatable, soit dans toute sa longueur, soit au niveau de l'un de ses orifices, on peut opérer un débridement à l'aide du bistouri, comme nous en rapportons un exemple (observ. XV).

Dilatation totale de la cavité utérine. — Le professeur Vulliet de Genève est l'auteur de cette méthode. Il fait prendre à la malade la positive genu-pectorale : une valve de Sims relève fortement le périnée et rend le col plus accessible : celui-ci est dilaté par un des moyens indiqués plus haut et quand la dilatation est suffisante, on introduit dans la cavité utérine des tampons de coton iodoformé ; ces tampons varient de la grosseur d'un pois à celle d'une amande ; ils sont attachés à leur centre par un double fil et ont été trempés dans une solution d'éther iodoformé au 1/10 : à l'aide de pinces longues et minces, on les pousse dans la cavité utérine ; on les laisse en place de 24 à 48 heures et on les remplace par d'autres dont on augmente le nombre et la grosseur. Quinze jours suffisent pour obtenir la dilatation graduelle complète de la cavité utérine, en renouvelant les tampons tous les deux jours.

Action de la dilatation. — Le rôle de la tige dilatatrice a été diversement interprété. Hégar et Kaltenback prétendent qu'elle agit en comprimant les glandes hypertrophiées et kystiques, les fongosités, les productions polypeuses du col, les vaisseaux variqueux rompus. — Fritsch invoque une action tonique modifiant les conditions circulatoires de la matrice, amenant la régression des infarctus chroniques.

Quoiqu'il en soit, il est certain que, par le fait de la dilatation, il se produit des modifications trophiques du tissu utérin.

Pour M. Doléris, l'action mécanique des corps dilatateurs est dominée par leur action thérapeutique. « L'éponge, la laminaire, le tupelo sont moins des corps dilatants que des porte-topiques, des véhicules permanents d'une substance antiseptique dont ils sont imprégnés, mise et retenue au contact de la muqueuse utérine, au fur et à mesure que cette muqueuse s'étale sous l'influence de l'ampliation de la cavité... La métrite chronique est surtout une lésion de profondeur; en dilatant, on met à nu les parties profondes; on décuple ainsi la surface et par le même procédé, on décuple l'action topique (1) ».

Un autre mode d'action de l'agent dilatateur est celui-ci : en rendant le col utérin plus perméable, on fait un véritable drainage de la cavité utérine, permettant aux produits de sécrétion de s'éliminer plus facilement; on agit comme pour un abcès dans lequel on introduit un drain.

Dans une communication faite au 55^e Congrès des naturalistes et médecins allemands, à Eisenach, Schultze donne la dilatation du col de l'utérus comme un traitement de l'endométrite chronique; il la fait suivre d'une injection quotidienne de un à deux litres de solution phéniquée : pour lui, s'il n'y a pas toujours guérison, c'est qu'il existe dans l'utérus de petits adénomes siégeant surtout à l'embouchure des trompes et au fond de la cavité (2).

Porak (*Considérations sur les tentes aseptiques et sur leur*

(1) DOLÉRIS, *Archives de Tocologie*, 1887.

(2) SCHULTZE, *Zur Dilatation der Uterus* (*Centralblatt für Gyn.*, n° 41, 1882).

mode d'emploi dans le traitement de l'endométrite), compare la dilatation à la cautérisation intra-utérine ; il donne la préférence à la première (1).

« La dilatation lente peut suffire à guérir certaines endométrites, sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres moyens ; on peut quelquefois s'arrêter à cette première étape du traitement, à supposer que la dilatation ait été entreprise dans le but d'intervenir par le curettage utérin. » (DOLÉRIS, *loc. cit.*) V. notre observation XIII.

La *dilatation extemporanée*, la *divulsion*, est surtout efficace dans le cas d'endométrite accompagnée d'*hystéralgie* ; elle a souvent fait disparaître des douleurs très violentes, tenant pour quelques auteurs à des *fissures siégeant au col*, fissures pouvant être comparées aux fissures douloureuses de l'anus (2).

Ces fissures utérines sont l'origine de troubles multiples ; il paraît très probable qu'il existe une atrésie du col d'origine réflexe, atrésie douloureuse comparable aux contractures douloureuses du sphincter anal dans le cas de fissures à l'anus.

De plus, ces excoriations déterminent des poussées de lymphangite, en permettant aux microbes pathogènes de pénétrer plus facilement dans les lymphatiques utérins.

La dilatation permet la cicatrisation de ces excoriations et fait disparaître avec elles l'atrésie réflexe du col, la lymphangite et la douleur qui est souvent intolérable (observ. XII).

Quant à la dilatation totale de la cavité utérine, nous

(1) PORAK, *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, juillet-août 1887.

(2) SOTO, Thèse de Paris, 1885.

n'avons pas eu occasion de la voir pratiquer. On lui reproche généralement d'être trop longue, de provoquer de la fièvre, de la douleur, des vomissements, des phénomènes hystériques.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. le professeur agrégé Vautrin).

Mme X... âgée de 35 ans, vient me consulter le 15 octobre 1889 pour des douleurs excessivement vives qu'elle éprouve dans le bas-ventre et qui s'irradient vers les cuisses. Lassitude générale, manque d'appétit, vomissements : amaigrissement. Il est impossible à la malade de lever les bras, de lever des fardeaux et elle doit renoncer à son commerce.

Les règles sont très douloureuses, la menstruation est accompagnée de troubles nerveux intenses et à ce moment la malade doit garder le lit.

Je palpe le ventre et ne découvre que de la sensibilité ovarique.

Au toucher, je sens un col dur, petit : cette femme perd fort peu.

Au spéculum je trouve un col de petit volume, à ouverture très étroite qui admet difficilement la sonde utérine ordinaire.

Je songe immédiatement à une atrésie du col, d'autant plus que les douleurs menstruelles me l'indiquent et que je ne constate rien ni sur l'utérus, ni sur ses annexes. Après avoir fixé l'utérus avec une pince à griffes, j'introduis dans le col le seul objet que j'ai sous la main, une pince à branches peu volumineuses : je détermine une douleur excessivement vive : j'écarte les branches de la pince et je puis alors introduire une sonde en gomme molle et explorer l'utérus dont la cavité n'est guère augmentée de volume.

Je me contente de faire un lavage intra-utérin et d'enfoncer dans toute la longueur du canal cervical un tampon de gaze iodoformée que je laisse jusqu'au lendemain.

Pendant quelques jours encore, lavages intra-vaginaux au sublimé.

Depuis cette époque, les douleurs ont disparu et la malade va tout à fait bien.

OBSERVATION XIII

Communiquée par M. le Dr Schuhl, chef de clinique à la Maternité.

Endométrite. — Dilatation du col. — Guérison.

Femme X... 38 ans, multipare : a eu plusieurs enfants bien portants : les couches et les suites de couches ont été normales.

Il y a quatre mois, fausse couche au troisième mois de sa grossesse : consécutivement, rétention de débris placentaires qui s'éliminent petit à petit ; un peu de fièvre ; injections antiseptiques intra-utérines. Depuis cette fausse couche, la malade est réglée tous les quinze jours, et la durée des règles est de huit jours chaque fois. Douleurs au bas-ventre presque continuelles : un peu de leucorrhée : métrorragies fréquentes avec expulsion de caillots sanguins.

Le 30 novembre, la malade est examinée : utérus volumineux, dépassant la symphise pubienne de deux travers de doigt : il est mobile et dans une situation normale. Légère sensibilité à la pression à droite de l'utérus, mais les mouvements imprimés au corps de l'utérus ne déterminent pas de douleur. Col gros, non ulcéré, laissant s'écouler des mucosités purulentes.

Le 2 décembre 1889, M. Schuhl fait la dilatation du col, au moyen d'une tige de laminaire préalablement trempée dans une solution d'éther iodoformé : cette tige laissée en place pendant 30 heures environ est remplacée par une autre un peu plus volumineuse que l'on laisse le même temps. Cette dernière étant retirée, badigeonnage de la surface interne de la cavité utérine avec de la glycérine créosotée au tiers. Ces badigeonnages sont répétés pendant 8 jours consécutifs.

La malade a été revue le 11 janvier 1890 : elle est complètement guérie : plus de douleurs au bas-ventre, ses dernières règles sont venues le 15 décembre et ont été normales : la leucorrhée et les métrorragies ont disparu.

CHAPITRE IV

Comme opérations portant sur le corps de l'utérus, nous étudierons :

I. — Le curettage et l'écouvillonnage.

II. — La galvano-caustique chimique.

Curettage et Écouvillonnage de l'Utérus.

Historique.

L'historique du curettage a été fait tout au long ces quatre dernières années, dans un mémoire de Doléris, publié dans les *Archives de Tocologie* de 1887 (1), dans les thèses de Desmoulins (thèse de Paris, 1887), de Despréaux (thèse de Paris, février 1888), de Boureau (thèse de Paris, mars 1888) : c'est dans cette dernière que se trouvent les détails les plus

(1) DOLÉRIS. — De l'Endométrite et de son traitement. *Archives de Tocologie*, 1887.

précis et les plus nombreux sur les origines et les vicissitudes du curettage utérin.

C'est à ces travaux que nous empruntons les matériaux nécessaires pour donner un court aperçu de la question.

En 1846, Récamier pratiqua pour la première fois l'abrasion de la muqueuse utérine à l'aide de la curette qu'il créa pour la circonstance : il ne publia rien à cette époque, mais on trouve dans les *Annales de Thérapeutique* (août 1846) quelques lignes écrites par Leclerc, un des rédacteurs du journal : Leclerc ne parle de cette opération que pour la critiquer.

La même année, Robert se déclare partisan convaincu de la méthode de Récamier. Voici comment il s'exprime (1) : « L'abrasion des fongosités, conseillée par M. Récamier, est rationnelle et appuyée, par ce qu'on observe sur la membrane conjonctive de l'œil où l'on voit quelquefois des végétations tellement volumineuses, qu'on ne pourrait les détruire avec le caustique seul, et qu'il faut préalablement les ébarber avec l'instrument tranchant. »

Et il ajoute : « Bien que douloureux, le curage de l'utérus n'est jamais ou presque jamais suivi d'accidents sérieux. Il est suivi d'un léger écoulement d'abord sanguinolent, puis séro-sanguinolent, qui se supprime au bout de 3 à 4 jours. Quelques jours après, on peut recourir à de nouvelles tentatives d'abrasion, si la première a été supposée incomplète. »

Guérineau (2), dans sa thèse (1847), cite l'observation d'une malade âgée de 59 ans, atteinte d'endométrite depuis 4 ans, qui fut guérie par le curage : Lisfranc pratiqua l'opération

(1) ROBERT. — *Bulletin de Thérapeutique*, tome XXI.

(2) GUÉRINEAU. — Thèse de Paris, 1847.

après avoir abaissé l'utérus à l'aide de deux pinces-érignes fixées dans le col : c'est la première publication qui signale l'abaissement de l'utérus entrepris en vue de faciliter le curetage.

En 1850, paraît la thèse de Babu (1), qui relate deux cas d'endométrite chronique, dans lesquels l'abrasion de la muqueuse utérine donna les plus heureux résultats.

Juteau (2), Gaillard de Poitiers (3) emploient également avec succès la méthode de Récamier.

C'est à la même époque, en juin 1850, que l'inventeur du curage publie dans *l'Union Médicale* un mémoire dans lequel il annonce avoir obtenu la guérison radicale de 16 malades atteintes d'endométrite.

En 1853, Nélaton (4), Nonat (5), Robinet (6) se montrent partisans de la curette.

Plus tard, en 1855, la question fut portée devant la société de chirurgie : il s'ensuivit une discussion très vive, dans laquelle Maisonneuve, Robert, Follin soutinrent Récamier, en opposition avec Michon, Cloquet et Lenoir.

Rouyer (7), dans une thèse inspirée par Nélaton, rapporte 18 observations dans lesquelles l'endométrite céda au grattage de la muqueuse utérine.

Le curetage, on le voit, compte de nombreux partisans à son origine : dès cette époque, il a ses détracteurs.

(1) BABU. — Thèse de Paris, février 1850.

(2) JUTEAU. — Thèse de Paris, avril 1850.

(3) GAILLARD. — *Gaz. méd. de Paris*, 1850, n° 1.

(4) NÉLATON. — De l'emploi de la curette de Récamier, *Gaz. des Hôpitaux*, 1853.

(5) NONAT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1853, n° 93.

(6) ROBINET. — Thèse de Paris, 1853.

(7) ROUYER. — Thèse de Paris, 1853.

Costilhes (1) condamne l'emploi de la curette, prétendant qu'elle offre de graves dangers et peut amener des hémorragies abondantes. Becquerel (2) déclare que c'est un procédé barbare, cruel et incertain.

Velpeau s'exprime ainsi, à l'Académie de Médecine, séance du 6 novembre 1849 : « Ces abrasions, ce curage de l'intérieur de la matrice au moyen d'une curette, ne sont point acceptées comme des opérations inoffensives. Leur inutilité est tellement manifeste, que M. Robert convient qu'elles ne suffisent pas, que des injections et des cautérisations doivent leur être associées. »

Dubois, Aran (3) contribuent également à porter un coup funeste au curettage.

Grâce à leur autorité, grâce aussi à quelques accidents qui devaient fatalement se produire à une époque où l'antisepsie était ignorée, l'opération de Récamier tombe peu à peu dans l'oubli, et menace de disparaître de la thérapeutique utérine.

Dans ces dernières années, le curettage est enfin rentré en faveur. C'est ainsi que Gallard qui avait autrefois rejeté la curette, vient la défendre devant le Congrès du Havre (24 août 1877), à la suite d'une opération qu'il pratiqua avec succès sur une malade atteinte d'une endométrite hémorragique datant de deux ans.

De Sinéty, Chéron, Courty se montrent également favorables à l'abrasion de la muqueuse utérine.

Mais c'est surtout à M. Doléris que revient l'honneur d'avoir fait revivre en France le traitement de l'endométrite chro-

(1) COSTILHES. — *Gazette hebdomadaire*, 1859, n° 2.

(2) BECQUEREL. — *Traité clinique des maladies de l'utérus*, 1859.

(3) ARAN. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858-1860.

nique par le curage et l'écouvillonnage. « C'est lui qui doit être considéré, à juste titre, comme le rénovateur d'une pratique plus redoutée encore qu'oubliée ou méconnue. C'est surtout en modifiant les anciennes pratiques et en les entourant de précautions antiseptiques inconnues dans les anciens procédés, qu'il a fait renaître la confiance dans l'innocuité du curage. » Boureau (*loco citato*).

Dans un mémoire sur l'endométrite chronique et son traitement, présenté en février 1887 à la Société obstétricale et gynécologique, M. Doléris énumère les heureux résultats qu'il a obtenus dans les cas d'endométrite par le traitement chirurgical : soutenue par MM. Porak et Charpentier, sa méthode rencontre encore de nombreux adversaires.

Cependant, grâce à l'impulsion donnée, les travaux deviennent de plus en plus nombreux sur le curettage utérin : plusieurs thèses ayant trait à ce mode de traitement et que nous avons déjà citées, paraissent à Paris, à Montpellier, etc. : elles relatent de nombreux succès.

A l'heure actuelle, la pratique du curage se répand de plus en plus parmi les chirurgiens : MM. Terillon, Terrier, Pozzi, Second, Bouilly pratiquent couramment l'abrasion de la muqueuse.

A l'étranger, citons les noms de Hégar, Duvélius, Schröder, Benicke, Hart, Martin, Veit, Gaillard, Thomas : ces gynécologues ont contribué pour une large part à vulgariser l'emploi de la curette.

Nous ne ferons pas l'historique de l'*écouvillonnage*. « L'écouvillon n'a point d'historique, dit M. Doléris, il représente, je crois, un progrès sur l'usage du pinceau à aquarelle, du porte-ouate intra-utérin de Tenneson du graphomètre de Ménière, etc. »

M. Doléris l'a d'abord employé seul : plus tard, il l'a associé au raclage de la muqueuse utérine. Beaucoup de gynécologues y ont renoncé et ont uniquement recours à l'abrasion de la muqueuse au moyen de la curette.

Manuel opératoire du Curettage et de l'Ecouvillonnage.

C'est avec les précautions antiseptiques les plus grandes que l'on doit faire l'opération du curettage : la méthode de Récamier était, vers 1860, tombée en discrédit à la suite de curettages malheureux ayant occasionné de la périmétrite, de la pelvipéritonite, etc., complications qui ne sont plus à craindre à notre époque. Il est facile de comprendre ce qui se passait : les germes infectieux transportés au contact de la plaie faite à la surface interne de la cavité utérine par le grattage, produisaient ces désordres redoutables que nous comprenons maintenant. Rien d'étonnant de la facilité de l'infection, si on a, présente à l'esprit, la richesse de l'utérus en vaisseaux lymphatiques.

L'antisepsie devra donc être rigoureuse avant, pendant et après l'opération.

Chacun sait que le conduit vaginal est un réceptacle d'agents organiques phlogogènes : le chirurgien, quelques jours avant d'opérer, devra donc s'appliquer à détruire ces micro-organismes ou, du moins, à en atténuer la virulence. Doléris recommande l'asepsie vaginale pendant une durée d'au moins 8 jours : il fait cependant une exception pour le cas d'*endo-*

métrite hémorragique, cas où l'on peut avoir la main forcée.

On emploiera donc deux fois par jour des irrigations tièdes de sublimé au millième, de permanganate de potasse, de 20 à 50 centigrammes pour 1000 grammes. Dans l'intervalle des irrigations, on pourra introduire dans le vagin un tampon de gaze iodoformée ou de glycérine iodoformée à 1 pour 100.

Inutile de dire que les instruments doivent être plongés dans des solutions antiseptiques.

Pendant le curettage, certains opérateurs emploient l'irrigation vaginale continue, faite au moyen de différents appareils dont le plus usité est celui de Fritsch. Nous pensons que les lavages intra-utérins faits après le raclage sont suffisants : c'est ainsi que nous avons vu opérer M. Vautrin, et jamais il n'est survenu d'accidents septiques.

Après l'opération, on protégera la vaste plaie utérine jusqu'à ce que la muqueuse soit en partie régénérée : dans ce but, on fera deux fois par jour des injections vaginales avec le sublimé ou le permanganate de potasse : dans l'intervalle, tampons de gaze iodoformée. Dans un cas, que nous avons observé, où ces indications n'avaient pas été remplies malgré les ordres donnés, la réinfection de la plaie s'est faite et la malade n'a aucunement bénéficié de l'opération.

Dilatation du col de l'utérus. — Doit-on faire la dilatation? A ce sujet, plusieurs avis : le plus souvent, elle est nécessaire ; cependant Heinricius(1) qui, dans sa clinique de Helsingfors, a adopté la curette, déclare que le plus souvent la dilatation préalable est inutile. Malgré cette opinion, nous pensons que

(1) HEINRICIUS. — De l'Endométrite fongueuse chronique (*Arch. für Gyn.*, XXVIII).

le plus souvent, on devra dilater le col utérin et par là faciliter l'introduction de l'instrument.

On aura recours à la dilatation lente ou à la dilatation extemporanée, suivant les circonstances : il est des cols dont l'orifice interne est d'une grande étroitesse ; dans ce cas, la divulsion sera autorisée.

On peut aussi se servir d'une pince à branches fermées que l'on ouvre après introduction de la pince dans le col. Nous avons vu M. Vautrin se servir souvent d'une pince à deux branches, créée par Péan, dans le but d'introduire des drains dans une plaie profonde.

Antisepsie vaginale, repos, dilatation du col utérin, tels sont les préliminaires du curettage : Terrillon recommande aussi de purger la femme la veille de l'opération pour que la circulation utérine se fasse dans des conditions favorables.

Opération.

Le curettage est peu douloureux, surtout chez les femmes dont on a dilaté le col : la dilatation lente émousserait la sensibilité utérine. Certains opérateurs préfèrent ne pas endormir, sous prétexte que la douleur, témoignée par la patiente, peut servir de guide et préserver du danger d'une perforation. Toutefois, il sera préférable de tenir sous le chloroforme les femmes craintives et nerveuses, et alors Doléris conseille de ne pas aller jusqu'à la narcose complète. En dehors de ce cas, on n'endormira pas la malade : nous avons vu M. le professeur agrégé Vautrin pratiquer le curettage sans anesthésie et la douleur a été très bien supportée : il ne

faudra jamais insister quand la malade manifestera une répulsion pour le choroforme, car les dangers de la chloroformisation sont plus grands que ceux du curettage.

La malade étant endormie ou non, on la place dans le décubitus dorsal : Hégar préfère le décubitus latéral (1). Les cuisses sont fortement fléchies sur l'abdomen, les jambes fortement fléchies sur les cuisses. Une valve de Sims, placée à la commissure postérieure de la vulve et maintenue par un aide, sert à déprimer le périnée et la paroi postérieure du vagin : l'autre valve relève la paroi opposée : le col facilement accessible est alors saisi, à l'aide d'une pince de Museux, par l'une de ses lèvres, ordinairement la lèvre antérieure : cette pince sert à fixer et à abaisser l'utérus que l'on attire doucement à soi, en faisant exercer une pression sur le fond de l'utérus, à travers la paroi abdominale : cet abaissement n'est pas nécessaire, il a cependant l'avantage de corriger les déviations utérines, de permettre de juger de la mobilité de l'utérus. Quelquefois on se contente de fixer le col, de façon qu'il ne puisse fuir, quand il faut un peu forcer le trajet cervical. On recommande aussi de faire le cathétérisme, de façon à s'assurer de la direction du canal utérin.

On introduit alors la curette. Les curettes sont nombreuses : elles sont ou tranchantes ou mousses : pour nous, nous avons toujours vu employer la curette pleine et la curette évidée de Freund qui sont à bords tranchants : leur manche est creusé suivant l'axe d'un canal qui permet au sang de s'écouler dans le cas où il y aurait une légère hémorragie : celle-ci serait ainsi

(1) HÉGAR et KALTENBACK. — *Traité de Gynécologie opératoire*, traduction de Bar, Paris, 1885.

reconnue de suite. Sans retirer la curette, on peut faire un lavage intra-utérin en injectant une solution antiseptique par le manche de l'instrument : en outre, cette tige tubulée conduit mieux qu'une tige pleine la sensation de résistance que la main éprouve quand on arrive sur le muscle utérin.

La curette est donc introduite avec précaution et en suivant le trajet utérin connu : on sent qu'elle a pénétré dans la cavité utérine aux mouvements de circumduction qu'on peut lui imprimer. On gratte successivement le fond, les deux faces, les angles, les bords de la face interne de la matrice, en se rapprochant de plus en plus du col. L'abrasion de la muqueuse doit être complète, c'est-à-dire que celle-ci doit être enlevée dans toute son épaisseur et suivant toute sa surface : la curette est arrivée sur le tissu musculaire sain quand on éprouve « une sensation de grincement à la façon de ces gros tendons fibreux sur lesquels on porte l'instrument. » (Terrillon.) Pour bien enlever toute la muqueuse, M. Vautrin juge utile de commencer l'abrasion au voisinage d'une trompe et de conduire la curette en rayonnant autour de ce point, en insistant sur les mêmes parties jusqu'à ce qu'on ait l'impression de la curette frottant *sur une toile à grosses mailles tendue*.

La curette est retirée à plusieurs reprises, pour être débarrassée des débris qu'elle contient dans sa concavité : cette manœuvre doit être faite le moins de fois possible, car M. Doléris a montré qu'à chaque introduction nouvelle le col se contracte et se rétrécit de plus en plus ; la curette de Freund est encore avantageuse en ce sens que, sans qu'il soit besoin de la retirer, elle permet à une partie des produits détachés par le raclage de s'écouler au dehors.

L'opération peut être considérée comme complète quand la

curette ne ramène plus rien. On introduit alors dans l'utérus une sonde à double courant et on fait une irrigation antiseptique à 40 ou 50° avec une solution de sublimé à 1 p. 2,000 ou de permanganate de potasse à 20 centigrammes pour 1,000 grammes. De la sorte, on entraîne au dehors les caillots, les derniers débris de la muqueuse et on assure l'hémostase en favorisant la contraction de l'utérus; l'irrigation durera quelques secondes. On peut s'en tenir là: quelques chirurgiens font suivre la destruction de la muqueuse d'une cautérisation de la plaie avec des solutions de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, de perchlorure de fer, de créosote, d'acide pyroli-gueux. On a fait aussi le tamponnement de l'utérus avec une longue lanière de gaze iodoformée ou au moyen d'un tampon de ouate imprégné de glycérine iodoformée, créosotée.

En tout cas, après l'irrigation intra-utérine et intra-vaginale, on prendra les précautions antiseptiques les plus rigoureuses: on appliquera un tampon de gaze iodoformée sur le col utérin et deux fois par jour, on fera des irrigations vaginales. Il est utile de faire également les jours suivants des *injections intra-utérines*, toujours avec la sonde à double courant: de la sorte, on enlèvera les débris de la muqueuse qui se mortifient quelque temps après l'opération. Dans ce cas particulier, le sublimé sera préféré au permanganate de potasse: en effet, le premier, quand il sortira clair de la cavité utérine indiquera que celle-ci est bien détergée: le permanganate se décompose facilement, se trouble et ne permet pas de voir s'il reste encore des débris de muqueuse. La malade sera maintenue au lit jusqu'au dix ou quinzième jour: quelque temps après encore, elle évitera la marche et toute espèce de fatigue.

Ecouvillonnage. -- Employé seul, l'écouvillon a donné de

bons résultats : il agit sur la muqueuse d'une façon plus uniforme que la curette, mais il pénètre moins profondément : il est le plus souvent le complément de la curette, il sert à enlever les lambeaux que celle-ci a laissés encore adhérents.

L'écouvillon de M. Doléris est une tige métallique, terminée par un bout garni sur une longueur de 8 à 10 centimètres de crins solides, qui forment une sorte de cylindre, offrant mille pointes capables d'entamer un tissu peu résistant ; les écouvillons sont variables comme longueur, comme volume : de même les crins sont plus ou moins rudes : pour les asepsier, Boureau conseille de les tremper dans une solution de glycérine créosotée au 1/3.

Le col étant abaissé et maintenu par une ou deux pinces de Museux, on introduit l'instrument par un mouvement lent et en spirale jusqu'à ce que le fond de l'utérus soit atteint : arrivé en ce point, on répète les mouvements spiroïdes en divers sens et on retire l'écouvillon en tournant toujours.

L'écouvillonnage est suivi des mêmes soins antiseptiques que le curettage.

Objections faites au curettage

Ces objections sont assez nombreuses ; quoique déjà anciennes, elle n'en sont pas moins reproduites chaque jour. Il est facile de les réfuter.

I. — *Le curettage est une opération douloureuse, barbare.*

Nous avons vu pratiquer le curettage sans chloroforme : la douleur a été très bien supportée : du reste cette objection

n'a aucune valeur, le chirurgien ayant toujours le pouvoir d'anesthésier sa malade, quand il lui semblera bon de le faire. Après l'opération il y a bien quelques petites irradiations douloureuses, avec sensation de tension, de pesanteur : quelquefois tranchées pouvant exister pendant quelques jours. « Dans l'immense majorité des cas, dit Doléris, il n'y a pas de douleur réelle suffisante au moins pour nécessiter une thérapeutique spéciale ou pour alarmer. » (Doléris, *loc. cit.*)

De plus, il est rare d'observer une élévation de température, les jours qui suivent le curettage.

II. — *Le curettage peut amener des hémorragies graves.*

On est surpris de la faible quantité de sang qui s'écoule pendant l'abrasion : loin de provoquer les hémorragies, le curettage les arrête : rien d'étonnant, car on a supprimé la cause qui les produit en détruisant les fongosités et les bourgeons qui existent dans la cavité utérine : on sait que ces bourgeons contiennent des vaisseaux de formation nouvelle qui se rompent avec la plus grande facilité : en les arrachant, on supprime la cause de l'hémorragie.

La métrorrhagie, si elle existait auparavant, disparaît donc : voilà la règle. Pendant quelques jours après le grattage, il se produit seulement un écoulement de liquide rosé, plus ou moins visqueux, dû à la régression des cellules mortifiées de la muqueuse, qui s'éliminent de la sorte.

III. — *Le curettage est incapable d'enlever toute la muqueuse malade.*

Duvélius (1) s'est chargé de répondre à cette objection.

(1) DUVÉLIUS, *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* Band X, Heft I.

Dans une série de 22 expériences faites sur le cadavre, il a vu que 19 fois la muqueuse était enlevée sur toute sa surface, même au niveau des angles utéro-tubaires : il faut ajouter qu'évidemment, on ne peut enlever la partie profonde des tubes glandulaires qui pénètrent entre les faisceaux du tissu musculaire sous-jacent.

IV. — *Si toute la muqueuse est enlevée, les grossesses ultérieures deviennent impossibles.*

Les portions des tubes glandulaires qui persistent, comme nous l'avons vu, sont autant d'îlots d'où partira la régénération de la muqueuse : cette réparation a été observée microscopiquement sur deux utérus qui avaient été curés et que Martin enleva plus tard.

Duvélius cite la statistique de Martin qui dans l'espace de 5 ans (de 1879 à 1883) a vu 60 femmes, qui avaient subi le raclage, devenir enceintes.

Heinricius (1) rapporte 16 cas de grossesses chez 63 femmes auxquelles l'opération avait été faite.

Boureau (*loc. cit.*) a observé 5 cas de grossesses survenues sur 83 femmes : deux ne sont pas arrivées à terme, mais dans ces deux cas, il y avait eu des avortements antérieurs : l'une des 2 femmes était syphilitique.

Benicke (2) répond à Schultze qui accuse le raclage d'avoir pour conséquence la difficulté, sinon l'impossibilité d'une

(1) HEINRICIUS, *Arch. f. Gyn.*, Band 28.

(2) BENICKE *Zeitschrift f. Geburt*, 11.

conception ultérieure. « J'ai commencé, dit-il, à partir de l'année 1882 à faire assez fréquemment le curettage de l'utérus et j'ai trouvé dans mon journal 10 cas d'opérées qui ont été suivies régulièrement et chez lesquelles il s'est fait une conception : ces cas sont compris dans une période de un an et quart : qu'il me soit permis tout d'abord de les relater rapidement. »

OBSERVATION I

Femme Brøse, multipare ; depuis le commencement de janvier 1882, souffrait d'hémorragies abondantes survenant à époques irrégulières. A la fin de mars, curettage de la muqueuse utérine qui était très épaissie.

Vers la fin de janvier 1883, cette femme eut un avortement de deux mois. Quatre semaines après, elle eut de fortes hémorragies qui cessèrent après curettage. A la fin de juin 1883, nouvel avortement de deux mois : j'enlevai les restes de la caduque avec la curette ; guérison normale.

OBSERVATION II

Femme S.... : accouchement en octobre 1881. Le 6 juillet, avortement de deux mois : le 28 juillet fortes hémorragies ; curettage. Le 22 février 1882, nouvel avortement du deuxième mois : immédiatement, je fis le curage pour enlever les restes de la caduque hypertrophiée. Au mois de mars, la malade vit encore ses règles, puis nouvelle grossesse et le 20 novembre accouchement d'un garçon vivant un peu avant terme.

OBSERVATION III

Femme Hofmann : eut plusieurs accouchements normaux, puis trois fois des avortements : la dernière fois au mois d'août 1882, au troisième mois ; après quelques semaines, il y eut des hémorragies pour lesquelles je fis le curettage le 24 octobre. Le 26 décembre 1884, j'accouchai cette femme par la version d'un garçon très bien développé.

OBSERVATION IV

Femme Schilling : *pelvis justo minor*. Je lui fis une fois l'avortement provoqué : puis deuxième avortement le 5 novembre 1882 au troisième mois. A partir de la fin de novembre, il y eut des hémorragies pour lesquelles je fis le curettage le 14 décembre. Dernières règles au milieu de décembre 1883. Le 21 août 1884, je fis l'accouchement prématuré d'une petite fille vivante (présentation du siège).

OBSERVATION V

Femme M... : plusieurs accouchements normaux : plusieurs avortements : au mois d'août 1882 nouvel avortement de deux mois : hémorragies pour lesquelles je fis le curettage ; le 25 novembre 1883, avortement de 4 mois : j'enlève les restes du placenta, et je cure le reste de l'utérus. Au commencement de novembre 1884, accouchement d'un enfant à terme.

OBSERVATION VI

Femme St... : un accouchement à terme : en septembre 1882 avortement de 6 mois : fortes hémorragies : curage le 4 décembre 1882 : à la fin de l'année 1883, naissance d'un enfant à terme.

OBSERVATION VII

Femme K... : plusieurs accouchements normaux : avortement au commencement d'octobre 1882 : hémorragies : curage le 9 décembre : la muqueuse était très épaissie. Fin d'octobre 1884, naissance d'un enfant à terme.

OBSERVATION VIII

Femme Møhl : 3 accouchements normaux : avortement au milieu de janvier 1883 : depuis le commencement de mars, hémorragies : utérus

augmenté de volume, en rétroflexion. Le 16 mars, curettage. Fin mai 1883, avortement, à la sixième semaine. Le 15 juin, écoulement fétide fièvre et frissons. Le 16 juin, j'amenai par la curette un polype fibreux, long de plusieurs centimètres. Je fis le curage de l'utérus : j'injectai de l'acide phénique : tout rentra dans l'ordre.

OBSERVATION IX

Femme O... accouche par la deuxième fois fin mai 1883 : trois semaines après hémorragies ; le 8 juillet curage et injection de perchlorure de fer : les hémorragies cessent. Le 2 décembre 1884, j'accouchai cette femme par la version d'une fille vivante. Après quinze jours, fortes hémorragies qui ne cédèrent qu'à l'injection répétée de perchlorure de fer.

OBSERVATION X

Femme V... avorta le 21 juillet 1883 au 4^e mois : raclage de l'utérus, enlèvement de restes du placenta : le 8 septembre 1884, accouchement d'une petite fille vivante à terme.

D'après ces observations, il est facile de voir que le curettage non seulement *n'empêche pas la grossesse*, mais qu'il exerce sur elle *une très heureuse influence*, en ce sens qu'il rend moins fréquents les avortements ou les fait disparaître : chez plusieurs des opérées de Benicke, ils ont cessé grâce au curettage : les métrorragies, qui accompagnent l'endométrite, qui sont une cause fréquente d'avortement, disparaissant par l'abrasion de la muqueuse, la grossesse arrive plus facilement à terme.

5^e *Objection.* — *Le curettage est dangereux.*

On a cité des cas de perforation de l'utérus : c'est une complication grave, mais peu fréquente : et encore en suppo-

sant qu'elle survienne, elle n'est pas si grave qu'on l'a prétendu ; aussi plusieurs gynécologues ont-ils perforé l'utérus à dessein pour démontrer l'innocuité de cet accident réputé si périlleux. La perforation peut d'ailleurs être évitée en opérant avec prudence, mesure et ménagement.

Les adversaires du curettage ont aussi accusé ce procédé d'avoir produit des métrites aiguës, des péritonites, des ovariites, des phlegmons du ligament large : on ne peut nier le fait, mais faut-il faire retomber sur une opération les fautes commises par des opérateurs qui n'ont pas tenu compte des contre-indications ou qui n'ont pas apporté les précautions antiseptiques voulues ? ces accidents se rencontraient du temps de Récamier : grâce à l'antisepsie, ils ont disparu.

Contre-indications du curettage.

La curette n'a été inventée et ne doit être employée que dans l'endométrite à forme chronique : elle doit être rejetée dans la forme aiguë, à moins que l'on n'ait affaire à une endométrite puerpérale septique, avec ou sans rétention de débris organiques.

Il faudra de plus qu'il n'y ait pas de lésions récentes de péri ou de paramétrite : c'est ainsi que le phlegmon des ligaments larges, la pelvi-péritonite, l'hématocèle, la salpingite, etc., sont des contre-indications formelles à l'opération. En passant outre, « vous donneriez, dit M. Terrillon, un coup de fouet à la phlegmasie et l'opération, pour aussi bénigne qu'elle puisse être, deviendrait la source d'accidents péritonéaux graves. »

Telle est la règle de conduite généralement suivie ; cependant

Walton est d'un tout autre avis (1) : pour lui l'inflammation intra-utérine produit et entretient l'inflammation péri-utérine : la première est elle-même constamment le résultat d'une infection dont l'agent variable est toujours un microbe, puerpéral, gonorrhéique ou innommé, qui infiltre la muqueuse et qui de là se propage aux annexes de l'utérus.

En conséquence le traitement de l'inflammation péri-utérine suppose la guérison de l'endométrite : aussi, contrairement aux opinions généralement adoptées, les lésions péri-utérines au lieu de constituer une contre-indication au traitement intra-utérin, en deviennent l'indication la plus pressante. L'auteur conseille donc, quel que soit le degré d'acuité des lésions inflammatoires péri-utérines, de pratiquer la dilatation forcée du col et de racler la muqueuse.

Cette manière de voir n'est pas encore adoptée par la plupart des chirurgiens : il est cependant une variété d'endométrite où l'on peut et où l'on doit curer malgré l'existence de phénomènes aigus, je veux parler de l'endométrite puerpérale septique : Cornil a décrit dans l'infection puerpérale une fausse membrane adhérente à la muqueuse et remplie de micro-organismes, qu'il y ait ou non rétention de débris placentaires : c'est l'endométrite croupale, diphtéritique des Allemands, la métrite gangréneuse de Danyau, *putrescentia uteri* de Boyer. Voici ce que dit Charpentier à ce sujet : « Le curage suivi de l'écouvillonnage antiseptique de l'utérus dans le cas d'endométrite septique puerpérale est, je ne crains pas de le dire, un moyen merveilleux qui nous permettra de réduire encore la

(1) WALTON, Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite (*Mémoires de l'Académie Royale de Belgique*, Tome VIII.)

mortalité puerpérale déjà si atténuée depuis l'emploi des injections intra-utérines. » (1)

Chartier (2) a publié dernièrement 26 observations personnelles ou empruntées à Doléris, ayant trait au curettage pratiqué dans le cas de septicémie puerpérale. Résultats heureux.

Résultats obtenus par le curettage et l'écouvillonnage.

Les résultats fournis par l'abrasion de la muqueuse ont une supériorité incontestable sur ceux qu'ont donnés toutes les autres médications. Nous n'avons pas la prétention de faire une statistique complète de tous les cas de guérisons obtenues par ce moyen : leur nombre est trop considérable, surtout à l'étranger.

Doléris, dans son mémoire sur l'endométrite chronique (*loc. citat.*) présente une statistique de 339 cas d'endométrites qu'il a traités du mois de juillet 1880 au 1^{er} janvier 1887 : ils se répartissent ainsi :

A. — Endométrite légère et de moyenne intensité	280
B. — Endométrite invétérée végétante polypeuse	43
C. — Endométrite déciduale	16
	339

Traitement par le curettage ou l'écouvillonnage. La guérison a été complète chez la grande majorité des malades.

(1) CHARPENTIER, *Bulletin de l'académie de médecine*, 18 septembre 1888.

(2) CHARTIER, Thèse de Paris, 1889.

Bailly, à la société obstétricale et gynécologique de Paris (séance du 20 novembre 1887) rapporte trois cas de métrites heureusement traitées par l'écouvillonnage.

Boureau dans sa thèse (*loc. cit.*) cite 52 guérisons avérées sur 83 curettages : 18 fois il y a eu amélioration notable : restent 13 cas desquels il faut retrancher 6 cas où l'opération a été faite pour un cancer de l'utérus : il ne reste donc que 7 cas dans lesquels le traitement a été inefficace.

Desmoulins rapporte 3 curettages pratiqués dans le service de M. Pozzi et suivis de succès complet.

Despréaux mentionne 19 cas de curettage pour endométrite chronique, 4 cas pour cancer de l'utérus : les premiers ont été suivis de guérison, les seconds d'amélioration.

M. Richelot publie dans les *Annales de gynécologie* (octobre 1889) le cas très intéressant d'une malade atteinte d'une endométrite durant depuis 12 ans et ayant résisté à tous les traitements : le curettage en a amené la guérison radicale. Nous rapportons tout au long cette observation.

Nous publions 5 observations inédites d'endométrites traitées par le curettage et une observation dans laquelle l'affection a cédé à l'écouvillonnage : la guérison a été complète excepté dans un cas (observation XIX) : mais cet échec ne peut être invoqué comme un argument contre le curettage, car en cette circonstance, les soins antiseptiques, consécutifs à l'opération, n'avaient pas été pris, malgré les ordres donnés : il est très probable que l'affection aurait cédé à un second curettage : celui-ci n'a pu être fait, M. Vautrin ayant été obligé de quitter le service.

Quelquefois, il est difficile de distinguer, surtout au début, l'endométrite chronique de l'épithélioma de l'utérus : si l'on

se trompe, si, croyant avoir affaire à une inflammation de la muqueuse utérine, c'est à un épithélioma que l'on s'adresse, l'intervention par le curettage sera avantageuse, celui-ci ayant été préconisé contre les cancers utérins. C'est ainsi que Fraipont au commencement de l'année 1887 publie 8 observations de traitement palliatif du cancer utérin par le raclage. Terrillon a beaucoup insisté sur ce mode de traitement. Mélik (Thèse de Paris, 1887) en est également partisan. Dans notre observation XX où il s'agit d'un épithélioma du corps de l'utérus, l'amélioration a été très notable.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. le professeur agrégé Vautrin.)

Endométrite fongueuse — Curettage — Guérison

Th. M..., âgée de 39 ans, se présente à la consultation pour des douleurs dans le ventre et des pertes blanches abondantes. Cette femme mariée a eu 5 enfants, mais elle s'est toujours négligée. Etant jeune fille elle avait déjà des fleurs blanches et depuis quelques années les pertes n'ont fait qu'augmenter malgré des injections prises d'une façon intermittente.

A son entrée, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, des mictions fréquentes et des pertes abondantes. L'état général laisse à désirer : teint jaunâtre, misère physiologique.

Dans le pli de l'aîne droite, on trouve un ganglion en voie de suppuration, c'est ce qui a décidé la malade à entrer dans le service ; par la position du ganglion on peut juger qu'il a pour cause une affection de la zone génitale.

Le spéculum appliqué, on constate que la matrice est en antéverson le corps est en avant, le col en arrière. Sur les deux lèvres du col, on trouve une ulcération étendue, rougeâtre, saignante avec grains rouges, exubérants, du pus s'écoule à l'orifice externe ; les lèvres du col sont effacées et ce dernier se continue directement avec les culs-de-sac vagi-

naux ; il est large, dur, étalé ; en écartant ses lèvres, on voit que la muqueuse est rouge et fongueuse.

La sonde enfoncée péniblement à cause de l'artéversion accuse une hauteur de huit centimètres.

Opération le 15 septembre 1888, sous le chloroforme. — L'utérus est abaissé à l'aide de deux pinces à griffes appliquées sur chacune des lèvres du col. Je dilate le canal cervical avec mon dilatateur ordinaire, je puis alors introduire la curette pleine, puis la curette évidée de Freund. Il s'écoule de l'utérus une bouillie rougeâtre, pulpeuse ; après avoir curé toute la surface du col et du corps, je pratique un lavage intra-utérin à l'acide borique ; lavage vaginal au sublimé ; tampon de gaze iodoformée sur le col.

Le jour suivant, pas de fièvre, ni de douleurs au ventre ; on donne des lavements pour obtenir des selles régulières ; on fait le cathétérisme vésical.

Le surlendemain, changement du tampon vaginal ; lavages antiseptiques.

Comme l'utérus est en antéversion, je ne puis faire de lavages intra-utérins ; au bout de 5 jours la malade, se trouvant bien, quitte l'hôpital malgré mes ordres ; le col est alors en bonne voie de cicatrisation.

Après 8 jours, elle revient avec un nouveau ganglion volumineux suppuré, toujours dans l'aîne droite ; le col est comme à la sortie ; cette femme ne se faisait même plus d'injection. Elle rentre au service et sous l'influence de lavages antiseptiques, tout rentre dans l'ordre et le col est à peu près guéri dans les premiers jours de novembre ; les règles durent pendant 4 jours ; il n'y a plus d'écoulement purulent.

En août 1889, j'ai des nouvelles de cette femme : elle est entièrement guérie, n'a plus d'écoulement ; ses règles sont normales.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. le professeur agrégé Vautrin.)

Endométrite tuberculeuse. — Curettage utérin — Guérison

Mme P..., de Saint-Nicolas, âgée de 29 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, était depuis quelques mois visiteuse assidue de la clinique pour une

maladie chronique de la matrice; amélioration peu notable, malgré les pansements fréquents. Sur mes conseils, la malade entre à l'hôpital le 28 août 1888.

A ce moment, on trouve sur le col utérin et sur la lèvre postérieure une ulcération fongueuse que les cautérisations n'avaient pu détruire; cette ulcération se prolonge dans l'intérieur du col et probablement dans l'intérieur du corps de l'utérus.

La malade avait des pertes blanches qui l'épuisaient beaucoup; elle éprouvait dans les reins et dans les fosses iliaques des douleurs intenses; la matrice n'avait pas augmenté de volume; l'état général laissait un peu à désirer: anémie profonde. Je soupçonnai une endométrite tuberculeuse et proposai le curage. La véracité du diagnostic se trouva confirmée dans la suite.

Opération le 30 août sous le chloroforme. — Je dilate le col utérin extemporanément avec le dilatateur de Péan (destiné à introduire un drain dans une plaie), mais je ne puis le faire assez pour franchir l'orifice interne avec la sonde de Budin: j'introduis le bistouri et débride des deux côtés l'orifice interne. La sonde peut alors être introduite et je fais la désinfection de la matrice au sublimé.

Je pratique le curettage avec la curette pleine de Freund et je ramène des fongosités en assez grand nombre. Le curettage une fois fait et la muqueuse du corps enlevée, je m'applique à curer le col et l'ulcération visible à sa surface.

Deux lavages successifs intra-utérins au sublimé et l'application d'un tampon iodoformé contre le col terminent l'opération.

Le soir et le lendemain, légères douleurs dans le bas-ventre, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche; pas de fièvre. La malade sort le douzième jour n'ayant plus aucune perte. Les règles manquèrent la fois suivante et reparurent dans la suite.

Jusqu'aujourd'hui, j'ai revu cette malade, elle est phtisique à l'heure qu'il est; depuis deux mois seulement, un léger écoulement blanc a réapparu.

OBSERVATION XVI .

Communiqué par M. le professeur agrégé Vautrin

Endométrite chronique — Curettage et électrolyse — Guérison

A... B..., blanchisseuse, âgée de 23 ans.

Il y a deux ans, cette jeune fille était accouchée normalement et les suites des couches avaient été bonnes. Elle s'était levée et au bout d'une huitaine de jours elle avait été forcée de reprendre le lit à cause de douleurs dans le ventre. A ce moment, dit la malade, le ventre était ballonné, on lui avait parlé de péritonite. Lorsqu'elle fut guérie, elle remarqua qu'elle perdait constamment en blanc, mais ses règles revenaient à intervalles à peu près fixes. Elle perdait très abondamment pendant huit jours. Il y a cinq mois environ, les pertes devinrent plus fréquentes et reparurent tous les quinze jours environ. La malade très affaiblie fit appeler un médecin : les moyens anodins ne servirent à rien, ergotine sous forme de bonbons, d'injections, glace sur le ventre, etc.

Je fus appelé alors pour des pertes que les injections froides, chaudes, perchlorurées, etc., ne purent arrêter; seuls quelques cachets de seigle ergoté apportèrent un peu de soulagement, mais quelques jours après, les pertes de sang se renouvelaient en dépit des injections astringentes perchlorurées, etc.

L'anémie était prononcée et devenait inquiétante : la malade me suppliait de la guérir : je lui proposai le curettage qui m'avait déjà donné de bons résultats ; elle accepta et entra à l'hôpital.

J'examinai cette jeune fille et ne trouvai aucune trace d'inflammation chronique persistante dans le bassin, la matrice était à peine un peu fixe, plus grosse qu'à l'état normal et un peu sensible.

Etat général de la malade, très bon : les parents se portent bien.

Femme très nerveuse, menant une vie accidentée.

Opération le 14 août 1889, sous le chloroforme. La malade a pris un bain : lavages intra-vaginaux au sublimé. Je procède à une désinfection complète de la voie vaginale, puis je saisis chacune des lèvres du col avec une pince à griffes : j'abaisse l'organe, tandis que deux aides écartent les parois opposées du vagin.

A l'hystéromètre 9 cent. 1½.

Il y a donc un peu d'augmentation de la cavité utérine ; légères traces de déchirures latérales : col atrésié : avec un bistouri, j'incise sur les

deux côtés du col et je fais un lavage intra-utérin. J'introduis ensuite la curette pleine et je la promène vigoureusement sur toute la surface de la cavité utérine. Je fais ainsi sortir des lambeaux entiers de muqueuse et quand tout me semble abrasé, je fais un lavage à l'acide borique froid.

Peu de sang s'écoule. J'introduis ensuite un peu de gaze iodoformée dans le col et dans le vagin, me proposant de faire dès le lendemain un lavage intra-utérin : ce lavage est fait pendant huit jours ; en outre, l'infirmière faisait des lavages intra-vaginaux.

Pas d'accidents : pas de fièvre : la température reste en plateau entre 37° et 37° 5 : le ventre est fort peu douloureux à la pression. Les tampons de gaze iodoformée ne sont laissés que jusqu'au 4^e jour.

Le 12^e jour la malade se lève : quelques taches rouges reparaissent et durent quelques jours. Je fais alors des lavages intra-utérins et l'écoulement s'arrête.

Vers le 15 septembre, au moment où je croyais la malade guérie, une nouvelle perte se reproduit, peu abondante, mais chose remarquable, depuis le moment de l'opération, il n'y a plus eu de pertes blanches.

Je fais alors une seule séance d'électrolyse intra-utérine avec une intensité de 70 milliampères : depuis ce moment, la malade n'a plus vu reparaitre d'hémorragies.

Depuis la fin de septembre jusqu'aujourd'hui, les règles sont normales et ont une durée de 5 jours.

Cette femme vers la fin de septembre prend la variole et guérit dans le temps normal : pendant tout le temps de sa maladie et de sa convalescence, aucune perte utérine.

La guérison s'est maintenue jusqu'aujourd'hui.

OBSERVATION XVII

Communiquée par M. le Professeur agrégé Vautrin.

Endométrite fongueuse. — Curettage. — Guérison

Une jeune femme de 39 ans vient à la consultation de l'hôpital le 27 septembre 1888 pour une métrite qui durait depuis plusieurs années. Aux anciens écoulements blancs se sont surajoutés depuis quelques mois des pertes de sang abondantes revenant très fréquemment ; la leucorrhée est très forte, au point que la malade est très débilitée et a l'as-

pect d'une femme anémiée par les hémorragies que causent les polypes ou les cancers utérins : c'est le diagnostic que je pose (polype ou cancer). Elle ressent des douleurs continues dans le ventre, urine péniblement. Chaque fois qu'elle fait un effort ou reçoit un petit choc sur le ventre, une légère perte de sang suit rapidement. Cette femme est mariée et n'a pas d'enfants. Menstruation très abondante, peu douloureuse. Elle vient demander un soulagement à ses douleurs et je la fais entrer à l'hôpital le même jour.

Le 28 septembre je la fais chloroformer et j'examine la matrice.

A l'hystéromètre, 8 cent. 1½.

Matrice grosse, assez épaisse : le col est large, étalé, ulcéré sur ses deux lèvres qui saignent au moindre contact. La longueur est très faible comme si l'inflammation durait depuis longtemps ; j'avais vérifié par le toucher qu'il était un peu douloureux à la pression. Pas de périmérite, car l'utérus est mobile et se laisse facilement attirer en bas par deux pincées à griffes placées sur chacune des lèvres.

Une fois l'utérus abaissé, je dilate l'orifice interne en écartant violemment les deux branches d'une pince et j'introduis la curette pleine de Freund : je trouve la cavité utérine élargie, muqueuse au contact de l'instrument. Il s'écoule une certaine quantité de sang noir ; le curetage ramène des lambeaux de muqueuse très molle, épaisse, infiltrée, œdématisée : par places, il y a même des végétations œdémateuses. Vers le fond de la matrice et à gauche, je trouve des débris de muqueuse spacieux que j'attire au dehors avec la curette.

Après avoir cureté les parois de tous côtés, sans oublier le col, je fais un lavage intra-utérin au sublimé à 1½ pour 1000, je place un tampon iodoformé contre le col et je laisse la malade au lit.

Pas de fièvre le soir, cathétérisme vésical : aucune douleur dans le ventre ; la matrice est cependant légèrement douloureuse à la pression.

Le deuxième jour, lavage intra-utérin au sublimé ; j'entraîne encore par le courant d'eau des débris de muqueuse.

Matin et soir pendant huit jours des lavages sont exécutés dans le vagin : pendant six jours lavages intra-utérins.

Le 6 novembre, plus aucune douleur à la pression et comme la malade n'a pas eu la moindre fièvre, je lui donne son exeat.

Le col est à peu près cicatrisé, il n'y a plus de pertes blanches et le quatrième jour après son opération, la malade a eu ses règles sous forme

de taches de sang qui ont apparu pendant deux jours: c'était le moment correspondant à ses époques.

Etat excellent au moment de la sortie.

Après 15 jours, la malade se représente à l'hôpital: le col est cicatrisé, les pertes sont nulles; n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION XVIII

Communiquée par M. le professeur agrégé Vautrin

Endométrite chronique. — Ecouvillonnage. — Guérison

M... C..., 25 ans, m'est envoyée pour une affection de la matrice: cette jeune fille éprouve des douleurs assez vives dans le ventre, des phénomènes gastriques, des irradiations douloureuses dans les cuisses. Elle se plaint surtout de ne pouvoir se livrer à aucun travail de la campagne.

Fille d'ailleurs très bien constituée sous tous les rapports: parents très sains.

Au spéculum, je constate un col de nullipare, gros, un peu tuméfié, légèrement douloureux à la pression: muqueuse très rouge. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, sauf le gauche: en repoussant ce dernier, on sent la matrice légèrement déviée de côté. Notons que les douleurs dans la cuisse gauche sont beaucoup plus intenses que dans la cuisse droite. Cette jeune fille perd en blanc depuis deux ans: on a fait sur le col des cautérisations au nitrate d'argent et des applications astringentes. Le fond de la matrice est très gros et l'organe est beaucoup plus volumineux qu'il ne devrait l'être chez une nullipare de cet âge.

Je fais le cathétérisme de l'utérus: cavité, 8 cent. 1½.

L'exploration est douloureuse: le col est atrésié: je fais d'abord la dilatation en poussant dans le col pendant plusieurs jours de suite une tente de gaze iodotormée.

Huit jours après le début du traitement, toutes les douleurs disparaissent, mais l'écoulement persiste. Je laisse passer les règles qui reviennent à ce moment, durant 4 jours, abondantes, puis je constate alors la réapparition de l'écoulement blanc: je me décide alors à faire l'écouvillonnage de l'utérus.

J'ai eu soin de maintenir la dilatation du col et avec un simple écouvillon, je pénètre dans la matrice: j'écouvillonne vigoureusement dans

tous les sens. La perte de sang est assez abondante. Je fais ensuite un lavage intra-utérin au sublimé à 1/2 pour 1000 et je place un tampon d'iodoforme sur le col.

Pendant 6 jours lavages intra-utérins réguliers, suivis chaque fois de l'application d'un tampon iodoformé.

Au bout de 15 jours, je cesse les lavages vaginaux que l'on pratiquait deux fois chaque jour. Alors je constate l'absence d'écoulement utérin.

La malade a quitté l'hôpital le 18 octobre ne perdant plus et n'éprouvant plus aucune douleur ni dans le bas-ventre, ni dans les cuisses.

J'ai eu de ses nouvelles récemment et j'ai appris que les écoulements blancs étaient entièrement disparus, mais que les douleurs, tenant apparemment à la déviation, étaient presque aussi fortes qu'auparavant.

ORSERVATION XIX

Personnelle

Endométrite. — Curettage

G... A..., bonne, âgée de 19 ans, entre à l'hôpital le 26 août 1889 pour une endométrite, blennorrhagique selon toutes les probabilités. Depuis un mois, pertes blanches très abondantes, sensation de brûlure en urinant, douleurs légères au bas-ventre; arthrite carpo-métacarpienne au niveau du poignet droit apparue quelques jours après l'écoulement.

Femme de forte constitution: fièvre typhoïde à 15 ans. Régliée à 13 ans, époques toujours régulières durant 4 jours en moyenne. N'a pas eu d'enfants.

A l'examen, le vagin et le col sont très rouges, douloureux quand on introduit le spéculum: col enflammé, un peu tuméfié, écoulement verdâtre, abondant; douleur à la palpation de l'abdomen, surtout au niveau des trompes: à la pression le méat urinaire laisse échapper une goutte de pus.

L'utérus est mobile, pas de périmérite.

Le poignet malade est immobilisé dans un appareil. Pendant plusieurs jours de suite on pratique des irrigations intra-utérines au moyen de la sonde à double courant: le liquide employé est d'abord du sublimé à 1/2 pour 1000, puis du permanganate de potasse à 20 centigrammes pour 1000 gr. Ce traitement ne donne aucun résultat.

M. Vautrin propose alors le curettage à la malade qui accepte l'opération.

Dilatation préalable du col utérin pendant trois jours avec des tiges de laminaire trempées dans une solution d'éther saturée d'iodoforme : lavages antiseptiques de la cavité vaginale.

Opération le 20 septembre 1889. — Pas d'anesthésie. La malade est placée dans le décubitus sacro-dorsal. Les deux valves de Sims étant en place, on fait un lavage complet avec le permanganate de potasse : une pince de Museux fixée dans la lèvre antérieure du col abaisse et maintient l'utérus. M. Vautrin introduit alors dans la cavité utérine la curette pleine de Freund, qui pénètre facilement, et procède à l'abrasion de la muqueuse du corps et du col : les débris sont retirés, il s'écoule à peine la valeur d'une cuillerée de sang.

Une injection intra-utérine et intra-vaginale est alors faite avec la solution au sublimé : tampon iodoformé sur le col.

La malade a peu souffert pendant l'opération : elle est reportée dans son lit et l'infirmière reçoit l'ordre de faire deux fois par jour des lavages de la cavité vaginale avec le permanganate.

23 septembre. — La malade se plaint de douleurs au bas-ventre, douleurs qui s'irradient aux lombes et aux cuisses et qui sont surtout accusées du côté gauche. Elle a eu quelques frissons. On apprend alors que l'antisepsie vaginale n'a pas été faite, malgré les ordres donnés.

Les jours suivants, même état.

La malade n'a pas bénéficié de l'opération.

M. Vautrin se propose de pratiquer un nouveau curettage à la fin du mois d'octobre ; mais à ce moment il est obligé de quitter le service et la malade reste dans le même état.

OBSERVATION XX

Communiquée par M. le professeur agrégé Vautrin

Epithélioma du corps de l'utérus. — Curettage. — Amélioration

L... Marie, vigneronne, âgée de 54 ans, née à Bourbonne-les-Bains entre dans le service en mars 1880.

Elle souffre depuis longtemps de douleurs vives et de pertes abondantes. Plusieurs opérations ont été commencées, mais sans succès et

n'ont abouti qu'à l'enlèvement de quelques fongosités sur le col. Les pertes sont devenues épuisantes, teint cachectique, amaigrissement.

A l'examen au spéculum, on trouve l'utérus à sa place, mais très gros : le fond de l'utérus est très élargi, très douloureux à la pression : le col utérin présente des cicatrices en tous sens : il est ouvert et laisse passer la pulpe du petit doigt ; on sent au-dessus de son orifice interne un corps mou ressemblant à des villosités agminées.

Opération. — Je fais endormir la malade et je place deux spéculums de Sims : je découvre les lèvres du col dans lesquelles j'introduis des pinces à griffes : j'abaisse l'utérus jusqu'à faible distance de la vulve et je fais deux incisions latérales pour former deux valves entre lesquelles jè fais passer la pulpe du doigt pour explorer la cavité utérine : celle-ci est remplie de fongosités molles qui se laissent arracher facilement : ces fongosités se trouvent surtout au fond de l'utérus et au niveau des orifices des trompes qui sont dilatés.

Je pratique le raclage avec la curette de Freund et je fais sortir à l'extérieur une quantité considérable de détritüs fongueux.

Le curage est continué jusqu'à abrasion de tous les éléments néoplasiques de la muqueuse : la cavité est lavée au sublimé à 50 centigrammes pour 1,000 grammes.

Suites de l'opération très simples : opérée le 17 août, la malade sort le 28 août sans avoir eu d'accidents : au moment de sortie, il n'y a plus ni douleurs, ni hémorragie : la matrice est en place et la cicatrisation des incisions du col est complète.

Après quatre mois, la malade revient à l'hôpital, se plaignant de nouvelles pertes : à ce moment l'utérus a augmenté beaucoup de volume, la maladie a envahi le col et on voit que l'on a affaire à un épithélioma. M. le professeur Gross enlève alors tout l'utérus : la malade est restée guérie.

OBSERVATION XXI

Publiée par M. Richelot, dans les *Annales de gynécologie*, octobre 1889.

Endométrite chronique datant de 12 ans. — Curettage. — Guérison.

J'ai opéré, le 20 juin 1889, Mme Lydie W..., de Saint-Pétersbourg, malade depuis douze ans. Son histoire est longue et accidentée ; je pour-

rais, des notes qui m'ont été remises, extraire seulement quelques points essentiels, mais j'aime mieux en suivre pas à pas tous les détails, quitte à rendre ce récit fastidieux, pour vous montrer comment les avis multipliés de savants distingués et de praticiens illustres consultés en Allemagne ne suppléent pas toujours à l'absence d'une direction, d'une méthode allant droit au but et peuvent n'aboutir qu'à de longues années de souffrances désespérantes : comment enfin, chez Mme W..., la ténacité du mal et la variété des traitements subis contrastent avec la simplicité extrême et la brièveté du dénouement.

Elle s'est mariée en 1875 : le 11 août 1876, premier accouchement normal et à terme. Redevenue enceinte au bout de quelques mois, elle eut, à partir de la dixième semaine une faiblesse et un amaigrissement progressifs, puis des hémorragies sans causes apparentes, qui la conduisirent à une fausse couche de trois mois et demi.

Elle se remit péniblement : l'involution se fit mal, le col resta ouvert, d'abondants écoulements et des règles prolongées dénotèrent la présence d'une « endométrite cervicale. » Le séjour à la campagne, les cures de Franzensbad et de Biarritz rétablirent quelque peu les forces. L'endométrite fut améliorée par la teinture d'iode et les scarifications.

La troisième grossesse, qui commença bientôt, fut bonne pendant les trois premiers mois. Puis revinrent la faiblesse, le manque d'appétit, les hémorragies modérées, mais accompagnées cette fois de douleurs dans le bas-ventre ; au bout d'un mois, la malade se sentit mieux et la grossesse parvint à terme, mais l'enfant qu'on dut extraire, était faible, mal conformé, et ne vécut que dix jours.

En mars 1881, quatrième couche normale après une grossesse facile. En mai 1883, cinquième grossesse et retour des hémorragies à partir du troisième mois. Au retour de la campagne, en octobre, la malade se mit au lit pour éviter une fausse couche ; néanmoins les hémorragies continuèrent et devinrent si abondantes qu'on dut recourir au tamponnement. Puis au commencement de la vingt-neuvième semaine, elle accoucha d'une petite fille. L'enfant était saine et bien conformée, mais elle mesurait à peine 39 centimètres et elle pesait le neuvième jour, 1,432 grammes : elle a aujourd'hui 6 ans et se porte bien.

Les suites de couches furent bonnes : mais quelque temps après, faiblesse générale, douleurs dans les reins et dans le ventre, surtout à gauche, pertes blanches, constipation opiniâtre. A l'examen, érosion et

déchirure bilatérale du col : utérus un peu augmenté de volume, en « latéro-version droite ». Le dernier terme signifie sans doute que le col était repoussé à droite, car le cul-de-sac gauche était élargi et le ligament large du même côté était « raccourci et épaissi à son bout utérin. » La matrice était mobile, mais les mouvements imprimés de gauche à droite ou d'arrière en avant causaient une forte douleur. On prescrivit badigeonnages iodés sur le col, scarifications, injections boriquées : à l'intérieur, fortifiants (fer, arsenic, etc.) et *hydrastis canadensis*. Les injections d'eau chaude recommandées par le docteur H... étaient mal supportées.

Pendant l'été de 1884, la malade fut empêchée d'aller aux eaux et tourmentée par la santé de son enfant. En automne, l'état local n'avait pas changé, mais l'état général devint plus mauvais, la faiblesse et l'excitation nerveuse augmentèrent beaucoup, les douleurs dans le bas-ventre et les reins étaient continuelles. En décembre, elle devint enceinte pour la sixième fois et pendant quatre semaines, les douleurs disparurent : mais bientôt revinrent l'affaiblissement, la pesanteur hypogastrique, les nausées et le dégoût des aliments. L'utérus étant toujours dévié, on voulut le redresser par un pessaire, qui devint bientôt insupportable — je le crois sans peine — et dut être enlevé le neuvième jour, à cause des douleurs et des écoulements. A la fin du troisième mois reparurent les hémorragies et bientôt enfin la fausse couche. Convalescence normale, douze jours de repos, accalmie : les règles se montrèrent à la fin de la cinquième semaine et durent neuf jours.

Nous sommes en 1885 ; Mme W... a eu 6 grossesses, deux seulement ont été normales. Pendant les années 1880 et 1881, elle a reçu les soins du professeur Hz..., qui a diagnostiqué « métrite chronique et périmétrite à un faible degré » : de plus, il a cru sentir « une tumeur d'environ deux centimètres, probablement un fibrome de la paroi utérine ». A la deuxième fausse couche, on avait trouvé sur la caduque un point où sa jonction avec l'utérus paraissait interrompue et anormale », comme s'il y avait en ce point une lésion qui expliquerait les hémorragies survenues pendant plusieurs grossesses. Les autres médecins n'attachaient à ce détail aucune importance et assuraient n'avoir rien constaté dans l'utérus.

Au dire de la malade, le docteur H... est le seul qui pendant l'examen, en touchant un certain endroit, provoqua la douleur aiguë dont elle

souffrait habituellement. Par malheur, il assura que la maladie n'était pas sérieuse et qu'elle serait bientôt guérie par les irrigations d'eau chaude; il ne dit rien sur le siège ni sur le caractère du mal.

Tous ces tâtonnements ne donnaient aucun résultat : on croyait tantôt à une maladie de l'ovaire gauche, tantôt à une lésion utérine au niveau de l'insertion du ligament de l'ovaire, tantôt à une inflammation chronique du ligament large. Après un séjour à l'étranger, comme la malade ne cessait de souffrir et qu'à son retour « les gynécologues ne constataient rien, en fin de compte, dans le domaine de leur spécialité », le professeur E... admit une maladie de reins, une colique néphrétique ayant pour cause l'excès d'acide urique démontré par les analyses. Une cure entreprise dans cette direction avec le carbonate de lithine ne fit qu'aggraver la situation; le sommeil et l'appétit disparurent : les douleurs, qui jusque-là offraient des rémissions, devinrent continuelles. Elles s'accompagnaient d'un gonflement douloureux de l'épigastre : elles irradiaient vers les reins et les cuisses, de telle façon que la malade pouvait à peine marcher.

Nous arrivons au mois de janvier 1887, Mme W... profite d'un séjour à Berlin; mais Schröder souffre déjà de la maladie qui doit l'emporter, c'est le docteur V... qui l'examine à la place de Schröder. Il trouve une inflammation de la muqueuse utérine sur un point circonscrit, nettement dessiné, très sensible au contact. » Il affirme ce diagnostic et ne doute pas de guérir le mal complètement par une opération facile et sans danger, le grattage du point en question (*Auskratzung*). L'assurance du docteur V... décide la malade : l'opération est faite le lendemain, sans dilatation de l'utérus : l'opérée se lève au bout de quatre jours, puis pendant deux semaines, elle subit tous les jours une manœuvre intra-utérine qu'elle ne peut décrire, mais qui lui cause « une affreuse douleur ». Les deux semaines écoulées, on lui déclare qu'elle est guérie : elle quitte Berlin, souffrant toujours : la douleur est telle, en août et septembre, qu'elle revient consulter le professeur O... qui déclare que le premier grattage a été insuffisant, et qu'il faut en faire un second. Mais elle refuse et rentre à Pétersbourg, ayant perdu toute confiance et n'ayant plus de courage. Depuis ce moment jusqu'à la présente année, les douleurs continuent avec des alternatives de mieux et de pire, et quelques rémissions pendant les règles. M^{me} W... est triste, nerveuse et mène une vie lamentable.

C'est alors que les instances de sa belle-sœur la décident à venir à Paris. Après la Russie, la Suisse et l'Allemagne, elle consent à demander secours à la France.

J'avoue que la situation ne me parut pas extraordinaire et que l'utérus de cette dame ne m'offrit aucun problème difficile à résoudre. Il était sensible au toucher, mobile et sans flexion : le col entr'ouvert et un peu gros semblait attiré vers le cul-de-sac latéral gauche : la souplesse était normale dans les deux culs-de-sacs, mais en portant le doigt très haut sur le côté gauche du col, en même temps que l'autre main déprimait la paroi abdominale, on trouvait un point dur et sensible au niveau de la corne utérine : rien de plus. Au spéculum, le col était congestionné, béant, mais il n'y avait ni ulcération ni éversion de la muqueuse. Au cathétérisme, la sonde pénétrait assez bien, mais au moindre contact la muqueuse utérine saignait un peu et la malade jetait un cri de douleur. L'utérus descendait à peine sous les tractions, retenu à gauche par l'adhérence qui tirait le col de ce côté. Cavité, 8 centimètres 1½ : catarrhe muco-purulent.

Il n'était pas difficile de constater une vieille métrite, ayant retenti sur les annexes. Mais que dire sur le degré de ces lésions, leur valeur respective, leur rôle dans les souffrances de la malade, et par suite les indications qu'elles faisaient naître ? Endométrite ancienne de douze ans, d'origine puerpérale, muqueuse utérine profondément atteinte, voilà qui ne pouvait faire l'objet d'aucun doute. Je me gardai bien de chercher un point malade sur la muqueuse, comme on l'avait fait à Berlin : cette finesse de localisation, qui peut être valable en certains cas, n'avait ici aucune raison d'être. Quant aux lésions des annexes, depuis longtemps, elles accompagnaient la métrite ; mais, au lieu d'évoluer activement et d'aboutir à des collections séreuses, hématiques, purulentes, de la trompe ou de l'ovaire, elles avaient marché lentement, s'étaient pour ainsi dire dérobées au diagnostic, si bien qu'on avait parlé tour à tour de périmétrite, d'ovarite, d'inflammation du ligament large, de fibrome, et semblaient transformées aujourd'hui en quelque vieille adhérence avec induration au niveau de la corne gauche. Fallait-il les accuser d'être l'origine des douleurs ? Avaient-elles une si grande importance ? Tel était le seul point délicat : en traitant l'utérus, je risquais de laisser des ovaires malades et douloureux : en enlevant les ovaires,

je m'exposais à faire une laparotomie inutile pour de vieilles lésions endormies, sans toucher à la vraie cause du mal.

Les signes de la métrite sautaient aux yeux ; les douleurs hypogastriques n'étaient pas localisées à la région des ovaires : tout compte fait, l'état morbide de l'utérus paraissait dominer la situation. J'appelai en consultation Terrier qui n'hésita pas à me conseiller le traitement chirurgical de la métrite, me disant qu'on pourrait toujours aller plus loin, si la guérison n'était pas obtenue d'emblée : et Landouzy, qui fit un examen médical approfondi et me donna carte blanche.

L'opération décidée, je commençai par dilater l'utérus pendant quelques jours avec des tiges de laminaire iodoformée. La dilatation lente n'est pas toujours nécessaire, mais elle amène un relâchement des tissus, une détente favorable et elle commence l'antisepsie utérine. Ma malade n'avait pas eu à se louer, comme on l'a vu, d'un curage fait au pied levé, sans préparation.

La dilatation fut interrompue par les règles, venues prématurément et le curage de l'utérus eut lieu le 20 juin. Je ne décrirai pas l'opération ; badigeonnage de la cavité avec la glycérine créosotée, action prolongée de la curette sur tous les points. La muqueuse fut grattée longuement, avec une certaine vigueur ; je m'arrêtai quand je vis que la curette ramenait, non plus des fongosités ou des lambeaux muqueux, mais des parcelles de tissu musculaire. C'est alors seulement que je fis un dernier badigeonnage et que je laissai un crayon d'iodoforme.

Vu l'ancienneté de la maladie, je trouvai utile de diminuer l'épaisseur du col dont le tissu sclérosé pouvait avoir sa part dans les symptômes. La congestion, d'ailleurs, avait bien diminué depuis la dilatation. Je fis, à droite, et à gauche, une petite résection oblique de chacune des deux lèvres, comme on les fait pour aviver les déchirures latérales dans le procédé d'Emmet et en respectant la muqueuse du canal cervical pour éviter l'atésie ultérieure. Chaque plaie latérale fut réunie par deux fils de catgut. Si je ne fis pas la résection anaplastique du col par le procédé de Schröder, que je préfère d'une façon générale, c'est qu'elle est beaucoup plus difficile à exécuter quand l'utérus ne veut pas descendre.

La malade resta au lit quinze jours, sans fièvre, sans douleur d'aucune sorte. Elle se leva et fut tout étonnée de ne pas souffrir ; elle se mit à marcher, elle reçut des visites et le mal ne revenait pas. On trouvait alors au spéculum un col toujours attiré vers la gauche par la vieille

adhérence, mais rose et congestionné, sans trace de catarrhe. M^{me} W..., est partie pour Biarritz en parfait état, ayant bon appétit, bon sommeil, heureuse et délivrée.

II. — Galvano-caustique chimique intra-utérine

Le Dr Apostoli est l'auteur du traitement de l'endométrite chronique par la galvano-caustique chimique intra-utérine. Au Congrès de Nancy (séance du 13 août 1886), il rend compte des résultats qu'il a obtenus en suivant cette méthode. Depuis quatre ans, il applique la galvano-caustique chimique au traitement des fibromes utérins: depuis la même époque, il l'emploie avec le même avantage et un égal succès à la cure de l'inflammation chronique de la muqueuse utérine.

Aux procédés de raclage, de cautérisation, il préfère le traitement électrique qui est dosable, localisable, que les femmes supportent bien. L'action chimique immédiate consiste dans une destruction de la muqueuse, destruction bientôt suivie d'un processus de régression et de désintégration qui favorise la résorption des exsudats et des hyperplasies de nouvelle formation.

Puis il décrit l'outillage nécessaire à l'opération: nous n'en parlerons pas et nous dirons seulement que, pour l'endométrite à forme hémorragique, il met en contact avec l'utérus le pôle positif qui est doué de propriétés hémostatiques, tandis que dans les autres formes d'endométrite, il introduit dans

l'utérus le pôle négatif auquel est dévolu surtout le pouvoir caustique.

Il faudra généralement plusieurs séances pour obtenir un résultat satisfaisant : on augmentera progressivement l'intensité du courant jusqu'à atteindre 200 milliampères.

Ce traitement poursuit le même but que le curettage : c'est un raclage moléculaire provoquant la formation d'une nouvelle muqueuse : sa valeur a été discutée au sein de plusieurs sociétés savantes. Drage et Gibbons (1) rapportent de nombreux cas de métrites guéries par la méthode d'Apostoli.

Nous publions une observation où ce mode de traitement a été couronné d'un plein succès : M. le professeur agrégé Vautrin l'a également employé (observ. XVI), après curettage de l'utérus : résultat très heureux.

OBSERVATION XXII

Communiquée par M. le professeur agrégé Vautrin

Endométrite chronique. — Electrolyse. — Guérison

Marie K..., âgée de 30 ans, vient à l'hôpital se plaignant d'éprouver depuis son dernier accouchement des pertes de sang très fortes à chaque époque.

Dernier accouchement il y a dix-huit mois.

La menstruation autrefois si régulière chez elle est devenue plus fréquente et les règles durent chaque fois dix jours, de sorte que l'intervalle entre les pertes est très court. Pas de leucorrhée appréciable : le ventre n'est pas douloureux à la palpation : la matrice est volumineuse.

A l'examen au spéculum, on trouve un col gros, congestionné, fendu des deux côtés, peu sensible. Je n'ai pas examiné la cavité utérine : pas de déplacement de l'organe.

(1) *Société obstétricale de Londres*, séance du 6 juin 1888.

Première séance d'électrolyse le 12 septembre.

Dure 4 minutes, avec une intensité de 50 milliampères (pile Chardin): pôle positif sur le col, pôle négatif sur le ventre. La malade supporte bien cette séance et les douleurs ressenties pendant le passage du courant se calment aussitôt après.

Deuxième séance le 14 septembre.

Le tampon bipolaire est appliqué sur le col: l'intensité du courant est de 50 milliampères.

Mêmes douleurs que la première fois.

Les pertes ont disparu depuis la première séance: le 20 septembre, la malade quitte l'hôpital, promettant de revenir si les pertes se renouvellent.

Elle revient 15 jours après, en annonçant qu'elle n'a plus perdu. Elle n'a pas été revue depuis.

Conclusions

I. — On sait que l'endométrite, quand elle devient chronique, altère toute l'épaisseur de la muqueuse utérine.

II. — Les médications énumérées au chapitre II (injections, cautérisations, crayons médicamenteux), ont pu donner d'heureux résultats, quand l'affection était légère et relativement récente: elles ont échoué quand l'affection était un peu ancienne.

III. — Il est donc préférable dans les endométrites chroniques d'avoir recours *d'emblée* aux moyens chirurgicaux qui atteignent et font disparaître les lésions qui perpétuent l'affection.

Ces moyens chirurgicaux portent :

A. — Sur le col.

B. — Sur le corps de l'utérus.

A. — Ceux qui agissent sur le col sont :

I. — La trachélorraphie.

II. — L'excision de la muqueuse.

III. — L'amputation du col.

IV. — La dilatation du col.

La nature des lésions guidera le chirurgien dans le choix qu'il devra faire entre ces différentes opérations. Celles-ci

amèneront la guérison non seulement de l'endométrite cervicale, mais pourront encore amener celle de l'endométrite du corps de l'utérus.

B. — Les moyens chirurgicaux qui agissent sur le corps sont :

I. — L'écouvillonnage.

II. — Le curettage.

III. — La galvano-caustique chimique.

L'écouvillonnage est une opération moins énergique que le curettage.

Le curettage, pratiqué sous la sauvegarde d'une antisepsie rigoureuse, est une opération bénigne amenant la guérison d'une façon presque certaine.

La galvano-caustique chimique agissant dans le même sens, mérite d'être recommandée au même titre.

Vu le 14 janvier 1890,

Le président de la thèse,

A. HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 14 janvier 1890,

Le Recteur,

E. MOURIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AGATHOHOFF. — Lacération du col. — *Annales de Gynécologie*, 1883.
APOSTOLI. — *Annales de Gynécologie*, 13 août 1886.
ARAN. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858-60.
ARNING. — De l'op. d'Emmet (*Vien. medic. Wochens.*, 1883).
ATTHILL. — On endometritis. *Dublin journ. of. med.*, janvier 1863.
BABU. — Th. Paris, février 1850.
BAER (D.). — *New York med. journ.*, 14 juillet 1883.
BAILLY. — *Société obst. de gyn. de Paris* (séance du 20 novembre 1887).
BAR (P.). Opérat. d'Emmet (*Ann. de gyn.*, 1880).
BECQUEREL. — *Traité des maladies cliniques de l'utérus*, 1859.
BENNET. — Lacérat. du col de l'utérus, *British med. journ.*, nov. 1881.
BENICKE. — *Zeitschrift für Geburt*, XI.
Id. *Société obstétricale de Berlin* (23 janvier 1885).
BOUILLY. — *Sem. médic.*, 1888, page 345.
BOUREAU. — Th. Paris, mars 1888.
BRISSAY. — *Fragments de chirurgie et de gyn. opératoire*, 1887.
CAMPMANN. — *The Edimburg medic. journ.*, 1882.
CHARPENTIER. — *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 18 septembre 1888.
CHARTIER. — Th. Paris, 1889.
COSTILHES. — *Gaz. hebd.*, 1859, n° 2.
COURTY. — *Traité des maladies de l'utérus*.
CHÉRON. — *Gaz. des hôpitaux*, 1881, n° 1.
CRENDIROPOULOS. — Thèse Montpellier, déc. 1887.

- CHURCHILL. — *Traité des maladies des femmes*, Paris, 1888.
- DESMOULINS. — Th. Paris, déc. 1887.
- DESPRÉAUX. — Th. Paris, février 1888.
- DOLÉRIS. — *Arch. de Tocologie*. De l'Endométrite et de son traitement, 1887.
- DOLÉRIS. — *Société de Biologie*, 21 déc. 1888.
- *Société obst. et gyn. de Paris*, 10 mars 1887.
- DRAGE. — *Société obst. de Londres*, 6 juin 1888.
- DUDLEY. — *In Amer. Journ. of Obstetrics*, 1878.
- DUMONT-PALLIER. — *Traité de l'Endométrite par les crayons au chlorure de zinc*, *Acad. de médecine*, 1889.
- DUVÉLIUS. — *Société Gyn. de Berlin*, 11 janv. 1885.
- Id. — *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Band. X Heft I.
- EMMET. — *La pratique des maladies des femmes*, 1887.
- EUSTACHE. — *Arch. de Tocologie*, 1884.
- FAGE. — Th. Paris, janv. 1881.
- GAILLARD THOMAS. — *Traité clinique des maladies des femmes* 1879.
- GAILLARD THOMAS. — *Gaz. méd. de Paris*, 1850, n° 1.
- GIBBONS. — *Société obstétricale de Londres*, 6 juin 1888.
- GOODEL. — *Amer. journ. of obstetrics*, janv. 1882.
- GUÉRINEAU. — Th. Paris, 1847.
- HÉGAR et KALTENBACK. — *Opérative Gynäkologie*, 1875.
- HEINRICIUS. — De l'endométrite fongueuse chronique. *Arch. f. Gyn.*,
XVIII.
- HERMANN. — *Med. Times and. Gaz.*, vol. I, 1881.
- HUGUES WELLS. — Dangers possibles de la trachélorraphie, *Americ. Journ. of obstet.*, 1885.
- HOUZEL. — *Annales de Gynécologie*, 1888.
- JOUIN. — *Société obst. et gyn. de Paris*, 8 déc. 1887.
- JUTEAU. — Th. Paris, déc. 1830.
- LAUTH. — Th. Paris, déc. 1889.
- MACDONALD. — *Edinburgh med. journ.*, 1882.
- MANGIN. — *Nouvelles Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier-février 1888.
- MARTIN. — *Traité clinique des maladies des femmes*, 1889.
- MÉLIK. — Th. Paris, 1887.
- MOUCHET. — Thèse Paris, janvier 1888.

MULLER. — Die Amputatio Colli Uteri, *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, tome XI.

NÉLATON. — *Leçons cliniques*, 1854.

Id. — De l'emploi de la curette de Récamier, *Gaz. des Hôpitaux*, 1853.

NONAT. — *Gaz. des Hôp.*, 1853.

OHLSAUSEN. — *Arch. f. Gyn.*, B. VIII.

PALLEN. — *Amer. journ. of obstetrics*, 1879.

PASCAULT. — *Th. Paris*, 1889.

PLAYFAIR. — *Arch. de Tocologie*, 1881.

PORAK. — *Nouvelles Arch. d'obst. et de gyn.*, juin-juillet-août 1887.

POZZI. — *Cours professé à l'hôpital Lourcine*, 1885-1886.

RÉCAMIER. — *Annales de Thérap.*, août 1846.

RICHELET. — *Annales de Gynécologie*, août 1889.

ROBERT. — *Bulletin de Thérap.*, tome XVI.

ROBINET. — *Th. Paris*, 1853.

ROJECKI. — *Th. Paris*, mars 1888.

ROUYER. — *Th. Paris*, 1858.

RUGE et VEIT. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1877.

SCHROEDER. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1886.

SCHULTZE. — *Centralb. f. Gyn.*, n° 41, 1882.

SINÉTY. — *Traité pratique de gynécologie*, Paris, 1884.

SKÈNE-KEITH. — *Edinburgh med.*, janv. 1882.

TENNESON. — *Société méd. des Hôpit. de Paris*, 9 juillet 1884.

TERRILLON. — *Bulletin médical*, août 1887.

VULLIET. — Douze cas de trachélorraphie, *Arch. de Toc.*, 1884.

WALTON. — *Mémoire de l'Académie royale de Belgique*, tome VIII.

